



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

GYNEKOLOGISEN POTILAAN TARPEET POLIKLIINISELLE OHJAUKSELLE

Kirjallisuuskatsaus

Jenni Pirttijärvi

Opinnäytetyö
Lokakuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JENNI PIRTTIJÄRVI:

Gynekologisen potilaan tarpeet polikliniselle ohjaukselle

Opinnäytetyö 49 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Lokakuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tutkittuun tietoon perustuen gynekologisen potilaan tarpeita saamalleen ohjaukselle poliklinikalla. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää mitä gynekologinen potilas odottaa sairaanhoitajan ohjaukselta, miten gynekologiset potilaat ovat kokeneet ohjauksen ja vuorovaikutuksen hoitajan kanssa ja millaisia odotuksia potilailla on ohjauksen sisällölle. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aihe opinnäytetyöhön oli lähtöisin eräästä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yksiköstä.

Aineisto opinnäytetyöhön haettiin joulukuussa 2014 ja lisähaku tehtiin huhtikuussa 2015. Aineiston haku suoritettiin Medic-, Melinda-, PubMed- ja CINAHL-tietokannoista sekä manuaalisena hakuna Hoitotiede- ja Hoitotyön tutkimus -lehdistä. Analysoitavaksi valikoitunut aineisto koostui 14 alkuperäistutkimuksesta vuosilta 2002–2014. Aineisto käsiteltiin potilasryhmittäin, ja siinä oli mukana sekä määrällistä että laadullista tutkimusta ja kaksi tutkimusta, joissa näitä oli yhdistetty.

Tulosten perusteella syöpäpotilaat odottivat tietoa seksuaalisuudesta ja hoitohenkilökunnalta aloitteellisuutta sekä herkkyyttä havaita oikea hetki keskustelulle. Raskaudenkeskeytyspotilaat odottivat yksityiskohtaisempaa ohjausta keskeytysprosessin kulusta ja asiapitoisen ohjauksen lisäksi tunteiden huomioimista. Potilaat odottivat hoitajalta ammatillisuutta, asiantuntemusta, hyviä vuorovaikutustaitoja ja empaattisuutta ja pääosin nämä odotukset toteutuivat. Yhteenvetona tuloksista voidaan todeta, että potilaat poliklinikalla odottavat hoitajalta riittävästi tietoa ja tukea tunteilleen sekä aloitteellisuutta ja herkkyyttä tunnistaa potilaan ohjaustarpeet. Potilaiden ohjauskokemuksista löytyi melko vähän tietoa, mutta tämä selittyi odotusten ja kokemusten tiiviillä yhteydellä.

Opinnäytetyö tuo tietoa sairaanhoitajille naistentautipotilaiden odotuksista ja kokemuksista hoitajan ohjauksesta poliklinikalla. Tuloksia voidaan hyödyntää ohjauksen kehittämisessä. Aiempaa tutkimusta löytyi lähinnä syöpäpotilaiden seksuaaliohjaukseen ja raskaudenkeskeytyspotilaiden ohjaustarpeisiin liittyen. Jatkossa voisi olla hyödyllistä selvittää tarkemmin myös muiden naistentautipotilaiden kuten esimerkiksi lantionpohjan toimintahäiriöistä kärsivien potilaiden odotuksia hoitajan ohjaukselle.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Nursing

JENNI PIRTTIJÄRVI:

Patient's Needs for Nurse Counselling at a Gynecological Outpatient Clinic

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 4 pages
October 2015

The purpose of this study was to gather information about a gynecological outpatient's needs for nurse counseling at an outpatient clinic. The objective was to provide information about outpatients' experiences and expectations of counselling to develop gynecological nursing at an outpatient clinic. The methodology of this bachelor's thesis was a literature review. The data of this thesis consisted of fourteen studies from 2002 to 2014. The studies concern the needs of different patient groups and nurse-patient interaction. The data were analyzed by means of qualitative content analysis.

The results showed that patients who had gynecological cancer needed more information about sexuality. These patients also expected a professional to bring up the issue and to have sensitivity to notice the right moment for discussion on sexuality. The patients who underwent pregnancy termination needed more detailed information about the abortion process. Different patient groups also expected to have both adequate information and emotional support from their nurse. Overall, patients expected the nurse to be professional, competent and empathetic and to have good interaction skills. They also were mainly satisfied with these characteristics.

These results indicate that gynecological patients expect nurse counselling to meet their individual needs containing aspects of information and emotions. The results are useful in order to develop patient counselling at an outpatient clinic.

Key words: outpatients, counselling, gynecology, nursing care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	GYNEKOLOGISEN POTILAAN HOITOTYÖ JA OHJAUS POLIKLINIKALLA.....	8
3.1	Keskeiset käsitteet.....	8
3.2	Gynekologinen potilas	8
3.2.1	Yksilöllisyys potilaan hoidossa.....	10
3.2.2	Seksuaalisuus ja sairaus	10
3.3	Hoitotyö poliklinikalla.....	12
3.4	Ohjaus ja vuorovaikutus hoitotyössä	13
3.4.1	Vuorovaikutuksen merkitys ohjaussuhteessa.....	14
3.4.2	Sairaanhoitajan ohjaus	15
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	18
4.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	18
4.2	Alkuperäistutkimusten haku	19
4.3	Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi	20
4.4	Sisällönanalyysi analyysimenetelmänä.....	23
5	AINEISTON ANALYYSIN TULOKSET.....	27
5.1	Syöpäpotilaan seksuaalisuuteen liittyvä ohjaus ja sen sisältö	27
5.1.1	Odotukset tiedon saannin ajankohdasta ja tavasta	27
5.1.2	Odotukset keskustelun sisällöstä ja tiedonantajasta.....	28
5.2	Keskenmeno- ja raskaudenkeskeytspotilaan ohjaus ja sen sisältö.....	29
5.2.1	Odotukset vuorovaikutuksesta hoitajan kanssa.....	29
5.2.2	Odotukset ja kokemukset ohjauksen sisällöstä	29
5.2.3	Kokemukset tuen saamisesta.....	30
5.3	Iäkkäiden potilaiden kokemuksia ja odotuksia ohjauksesta	30
5.4	Odotuksia ja kokemuksia vuorovaikutuksesta hoitajan kanssa	31
6	POHDINTA.....	34
6.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	34
6.2	Tulosten tarkastelu	36
6.3	Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset.....	38
	LÄHTEET.....	41
	LIITTEET	46
	Liite 1. Tutkimustaulukko	46

1 JOHDANTO

Poliklinikkakäyntien määrä Suomessa on vuodesta 2006 lähtien kasvanut neljänneksellä (THL 2015), ja avohoitotoiminnan tulevaisuudennäkymissä on hoitaja- ja puhelinvastauksien lisääntyminen (Salin 2009–2011, 2). Tällainen suuntaus kasvattaa myös hoitajan ohjausosaamisen merkitystä, ja tästä syystä polikliinisen hoitotyön kehittäminen on tärkeää. Tässä työssä keskitytään polikliiniseen hoitotyöhön ohjauksen näkökulmasta.

Ohjaus on keskeinen hoitotyön menetelmä, jonka kehittämisestä on hyötyä sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Toiminnan tehostaminen terveysalalla vaatii myös potilasohjauksen kehittämistä, sillä hoitoaikojen ja sitä myöten myös käytettävissä olevan ajan lyhentyessä ohjauksen tarve lisääntyy. Myös potilaat ovat yhä tietoisempia oikeuksistaan sekä sairaudestaan ja sen hoidosta. Taloudellisesta näkökulmasta laadukas ohjaus ja hoitajan hyvä ohjausosaaminen on tärkeää, koska sen avulla voidaan säästää kuluissa kaikissa hoitoprosessin vaiheissa. (Lipponen 2014, 58.) Huolellinen ohjaus lisää potilaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, hänen elämänlaatunsa paranee, masennusoireet vähenevät ja sairaalakäynnit harvenevat (Kaakinen 2013, 26).

On todettu, että potilaiden kokonaistyytyväisyys poliklinikkakäyntiin on yhteydessä hänen saamaansa riittävään ohjaukseen (Eloranta, Katajisto, Savunen & Leino-Kilpi 2009). Haasteita ohjaukselle tuovat poliklinikkatyön nopeatempoisuus ja toimintamallien sekä tilojen aiheuttamat rajoitteet (Säilä 2005, 43–46). Gynekologisen potilaan kohdalla hoidontarpeet ovat hyvin moninaisia ja usein hyvin intiimejä, eikä poliklinikkaympäristö välttämättä anna parhaita edellytyksiä kokonaisvaltaiselle ohjaukselle (Ihme & Rainto 2014, 84). Odotukset hoidosta ovat yhteydessä potilaiden kokemuksiin ja odotusten täyttyminen myös lisää potilastyytyväisyyttä (Bowling, Rowe & McKee 2013). Ohjauksen onnistumiseksi onkin hyödyllistä ymmärtää potilaiden ohjaustarpeita ja odotuksia vuorovaikutuksesta hoitajan kanssa.

Potilaiden ennakko-odotukset sisältävät usein ainakin kaksi elementtiä: millaista hoitoa olisi ideaalitulanteessa mahdollista saada, ja mikä on realistista, kun huomioidaan taloudelliset näkökohdat tai median luoma kuva terveydenhuollon tasosta (Bowling ym.

2013). Odotukset yksilöllisestä ja omiin tarpeisiin vastaavasta hoidosta kohdistuvat myös ohjaukseen ja vuorovaikutukseen hoitajan kanssa (Suhonen, Österberg & Välimäki 2004). Saattaa myös olla, ettei potilaalla ole odotuksia kohtaamiselle hoitajan kanssa, mikäli aiempaa kokemusta ei ole tai käsitys hoitajan roolista hoidossa on epäselvä (Hargie, Brataas & Thorsnes 2009).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää tutkittuun tietoon perustuen gynekologisen potilaan tarpeita saamalleen ohjaukselle poliklinikalla. Työn tehtävinä on selvittää mitä gynekologinen potilas odottaa sairaanhoitajan ohjaukselta, miten gynekologiset potilaat ovat kokeneet ohjauksen ja vuorovaikutuksen hoitajan kanssa ja millaisia odotuksia potilailla on ohjauksen sisällölle. Tässä työssä ohjauksella tarkoitetaan potilaan kokonaisvaltaiseen tukemiseen ja tiedonsaantiin tähtäävää toimintaa.

Työ tehdään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin työelämän aloitteesta. Itselleni eräs kiinnostuksen kohde naistentautipotilaan hoitotyö, ja ammatillisesti uskon laajemminkin hyötyväni potilaan näkökulman ja odotusten ymmärtämisestä ohjauksessa. Aihe tarjoaa mahdollisuuden syventää tietoani itseäni kiinnostavilla alueilla. Työ toteutetaan kirjallisuuskatsauksena.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää tutkittuun tietoon perustuen gynekologisen potilaan tarpeita saamalleen ohjaukselle poliklinikalla.

Työn tehtävät:

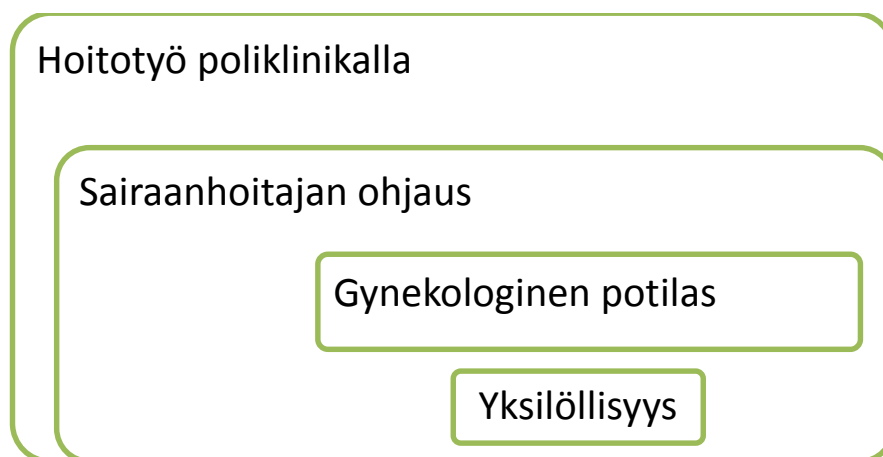
- Mitä gynekologinen potilas odottaa sairaanhoitajan ohjaukselta?
- Miten gynekologiset potilaat ovat kokeneet ohjauksen ja vuorovaikutuksen hoitajan kanssa?
- Millaisia odotuksia potilailla on ohjauksen sisällölle?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa polikliinisen ohjauksen kehittämisen tueksi gynekologisten potilaiden hoidossa.

3 GYNEKOLOGISEN POTILAAN HOITOTYÖ JA OHJAUS POLIKLINIKALLA

3.1 Keskeiset käsitteet

Sairaanhoitajan ohjaus on yksi työn keskeisistä käsitteistä. Siihen kiinteästi liittyviä ohjauksen ja vuorovaikutuksen käsitteitä selvennetään kirjallisuuden ja tutkimuksen avulla. Polikliinisen hoitotyön käsitteen avaaminen selventää poliklinikoilla käytössä olevien toimintamallien ja ratkaisujen vaikutusta potilaan ohjaukseen. Hoitotyön periaatteista esiin on nostettu erityisesti gynekologisen potilaan hoidossa korostuvat osa-alueet yksilöllisyys ja yksityisyys. Keskeiset käsitteet on kuvattu kuviossa 3.1.



KUVIO 3.1. Gynekologisen potilaan hoitotyö ja ohjaus poliklinikalla

3.2 Gynekologinen potilas

Naistentaudit on lääketieteen alue, joka käsittelee naisten sukupuolielinten tauteja tai niiden toiminnan häiriöitä sekä niiden hoitoa. Naistentautien poliklinikalla hoidetaan eri-ikäisten naisten erilaisia terveysongelmia. Ajanvarauksella poliklinikalle tulevien potilaiden tyypillisimmät hoidontarpeet ovat raskaudenkeskeytys, naisen sterilisaatio, kohdunkaulan solumuutokset, gynekologiset kasvaimet, vuotohäiriöt, lapsettomuus ja virtsainkontinenssi. Hoitotyö naistentautien poliklinikalla liittyy näiden sairauksien ja

toimintahäiriöiden hoitoon ja ennaltaehkäisyyn. (Eskola & Hytönen 2008, 23; Ihme & Rainto 2014, 80–82.)

Hoitosuhteiden pituus vaihtelee terveysongelman mukaan yksilöllisesti – osa naisista tarvitsee vain yhden vastaanottokäynnin, kun taas osa taas käy useammalla hoitokäynnillä. Ilman ajanvarausta poliklinikoilla voidaan hoitaa kiireellistä hoitoa vaativia potilaita kuten vaikkapa runsaasti vuotavia keskenmenopotilaita tai potilaita, joilla on kohdunulkoinen raskaus. (Eskola & Hytönen 2008, 23; Ihme & Rainto 2014, 80–82.)

Gynekologisen potilaan hoitotyössä korostuvat hienotunteisuus, intymiteettisuoja ja luottamuksellinen hoitosuhde, koska vastaanotolle tuleva nainen saattaa kokea asiansa häpeällisenä (Ihme & Rainto 2014, 84). Intymiteetin suoja on osa potilaan yksityisyyttä, jonka tarve vaihtelee potilas- ja tilannekohtaisesti. Hoitajan on tärkeä tunnistaa potilaan tarve yksityisyyteen, jotta potilasta voidaan hoitaa häntä loukkaamatta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 146–152.) Rosqvistin (2003) väitöstutkimuksessa, joka käsittelee potilaan henkilökohtaisen tilan ja yksityisyyden säätelyä, todetaan etenkin naispotilaiden kokevan ilman lupaa tapahtuvan kosketuksen epämiellyttävänä. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat tiedonsaannin ennen toimenpidettä tärkeänä, ja tässä havaittiin puutteita etenkin intiimialueille kohdistuvassa kosketuksessa. Yksityisyyttä loukkaavana kosketus koetaan myös silloin, kun se on tarpeetonta, aiheuttaa kipua, on esineellistävää tai potilaalla ei ole kokemusta potilaana olost. (Rosqvist 2003, 74, 114.)

Henkilökohtaisen tilan loukkaaminen aiheuttaa potilaassa ahdistusta, aggressiivisuutta, voimattomuutta ja stressiä sekä esineellistää potilasta (Rosqvist 2003, 114). Fyysisen yksityisyyden loukkaaminen saattaa johtaa jopa siihen, ettei potilas pysty ymmärtämään tilanteessa saamiaan ohjeita. Myös henkilökohtaisista asioista kysyminen muiden kuullen tai perustelematta miksi tarvitsee kysymiään tietoja voi loukata potilaan yksityisyyttä. Loukattuna potilas saattaa pidättäytyä kertomasta henkilökohtaisia asioitaan, ja totuudenmukaista tietoa saadakseen henkilökunnan onkin huolehdittava potilaan luottamuksellisesta ja hyvästä kohtelusta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 146–152.)

3.2.1 Yksilöllisyys potilaan hoidossa

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja sairaanhoitajan eettiset ohjeet (Sairaanhoitajaliitto) velvoittavat huomioimaan kunkin potilaan yksilölliset tarpeet hoidossa. Yksilöllisellä hoidolla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia mm. toipumiseen, kuntoutumiseen, itsemääräämisoikeuden kokemukseen ja koettuun tyytyväisyyteen saadusta hoidosta (Suhonen ym. 2010). Yksilöllisyyden toteutuminen tai sen toteutumisen arviointi hoitotyössä ei ole kuitenkaan yksiselitteistä. Kokemukseen yksilöllisyydestä ovat yhteydessä erilaiset potilaaseen ja organisaatioon liittyvät tekijät. Potilaslähtöisistä tekijöistä ikä, sukupuoli, koulutus, koettu terveydentila ja sairaalaan tulon luonne sekä organisaatioon liittyvistä tekijöistä esimerkiksi yksikön koko, erikoisala, hoitohenkilöstön määrä ja hoitotyön työnjakomalli vaikuttavat tähän kokemukseen. (Suhonen, Hupli, Välimäki & Leino-Kilpi 2009.)

Potilaiden ja hoitajien arviot yksilöllisyyden toteutumisesta ovat eroavia. Potilaat kokevat yksilöllisyyden toteutumisen heikommaksi kuin hoitajat etenkin henkilökohtaisen elämäntilanteen ja potilaan sairaudelleen antamien merkitysten huomioimisessa. Tämä voi johtua siitä, että hoitajat ja potilaat määrittelevät yksilöllisyyden eri tavalla ja toisaalta antaa viitteitä myös siitä, että hoito on tehtäväkeskeistä ja rutiininomaista. (Suhonen ym. 2013.) Nuoret, vakavasti sairaat ja korkeasti koulutetut ovat arvioivat yksilöllisen hoidon toteutumista kriittisemmin. Naiset pitävät yksilöllistä hoitoa tärkeämpänä kuin miehet, etenkin liittyen hoitajan ymmärrykseen heidän henkilökohtaisesta elämäntilanteestaan. (Suhonen, Välimäki, Katajisto & Leino-Kilpi 2006.)

3.2.2 Seksuaalisuus ja sairaus

WHO (2006) määrittelee seksuaalisuuden keskeiseksi osaksi ihmisyyttä, jota ei voi erottaa muista elämänalueista. Seksuaalisuus kuuluu ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, ja sisältää sukupuoli-identiteetin, seksuaalisen suuntautumisen, nautinnon, intiimiyden ja lisääntymiskyvyn. (WHO 2006.) Seksuaalisuudelle ei kuitenkaan ole yhtenäistä tai yksiselitteistä määritelmää. Seksuaalisuuden komponentteja ovat kyky olla yhteydessä itseensä ja toiseen sekä kyky hyväksyä kehonsa ja nauttia seksuaalisuudestaan toista kunnioittaen. Seksuaalisuus ei toteudu ainoastaan parisuhteessa vaan myös

yksinelävälle kuuluu seksuaalisuus. Seksi on vain osa seksuaalisuutta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 14.)

Elämän eri vaiheessa seksuaalisuus saa erilaisia merkityksiä ja painoarvoja. Esimerkiksi syöpäsairauden diagnoosivaiheessa pelko selviytymisestä vie seksuaalisuuden usein taka-alalle. Potilaiden itsensä kuvaamana seksuaalisuus on enemmän kuin yhdyntä, ja intiimiys suhteessa tarkoittaa läheisyyttä ja osoituksia kiintymyksestä. Seksuaalisuuden kokonaisuus sisältää asenteet, ulkomuodon, naisellisuuden ja ihmissuhteet. (Cleary, Hegarty & McCarthy 2013.) Potilaat kuvaavat seksuaalisuuden kumppanuutena, hellyytenä, läheisyytenä, vahvana sukupuoli-identiteettinä, käsityksenä omasta viehättävyydestä, vetovoimaisuutena ja seksuaalisena nautintona (Hautamäki-Lamminen ym. 2008).

Monet naistentaudit, kuten esimerkiksi gynekologiset syövät tai lantionpohjan lihasten toimintahäiriöiden aikaansaamat laskeumat tai virtsankarkailu, vaikuttavat merkittävästi naisen seksuaalisuuteen ja koettuun elämänlaatuun (Audette & Waterman 2010; Yount 2013). Laskeumat tai inkontinenssi heikentävät fyysistä kykyä nauttia yhdynnästä. Nainen voi tuntea itsensä epäviehättäväksi, ja muuttunut kehonkuva saattaa pienentää seksuaalista nautintoa. Kirurgiset toimenpiteet eivät välttämättä korjaa tilannetta, vaikkakin kohdunpoiston tässä yhteydessä on havaittu selvästi vaikuttavan positiivisesti seksuaaliseen toimintakykyyn ja nautintoon. Normaalia elämää haittaavien oireiden helpottaminen kirurgisella toimenpiteellä saattaa kuitenkin ylittää tärkeydessään seksuaaliseen toimintakykyyn liittyvät huolenaiheet. (Yount 2013.)

Syöpähoidot vaikuttavat seksuaalisuuteen lukuisilla tavoilla. Leikkaushoidot lisäävät seksuaalisen toimintahäiriön mahdollisuutta. Radikaalikohdunpoistossa on mahdollisuus lantion tuntohermojen vaurioitumiseen, ja sen myötä esimerkiksi vaginan kostuminen ja kiihottumisen tunne voivat heikentyä. Vagina voi myös leikkauksessa lyhentyä ja täten aiheuttaa epämukavuutta yhdynnässä. Sätehoidon mahdollisia komplikaatioita ovat vaginan ahtautuminen tai surkastuminen, rakon tai suolen toimintahäiriöt ja verenvuodot yhdynnässä. Solunsalpaajat puolestaan voivat aiheuttaa munasarjojen toiminnan häiriöitä ja siten hormonaalisen vajeen, joka johtaa seksuaalisen halun vähenemiseen. (Audette & Waterman 2010.) Lisäksi hoitojen usein aiheuttama hoitoväsymys tai masennus voi vaikuttaa seksuaalisuuden kokemukseen. Myös mahdolliset kivut ja heikko-

vointisuus tuovat muutoksia vaikuttamalla mm. viehätysvoiman kokemukseen ja seksuaaliseen haluun. Sairauden vaikutus seksuaalisuuteen onkin pääasiassa kielteinen mm. muuttuneeseen kehonkuvaan ja haluttomuuteen liittyen. (Hautamäki-Lamminen ym. 2008; Audette & Waterman 2010.)

3.3 Hoitotyö poliklinikalla

Poliklinikalla tapahtuvalla hoidolla tai tutkimuksella tarkoitetaan hoitoa, jonka potilas saa käydessään vastaanotolla yöpymättä sairaalassa (MOT 2014). Polikliininen hoitotyö poikkeaa vuodeosastolla toteutettavasta hoitotyöstä erityisesti ennakoimattomuutensa, vaihtelevuutensa ja lyhyiden potilaskontaktiensa vuoksi (Hietanen, Pitkänen & Vilmi 1995, 11–12). Työ poliklinikalla on tahdiltaan nopeaa ja tehtäväkeskeistä, ja hoitajan toiminta keskittyy vastaanottojen sujuvaan toteutukseen (Allan 2002; Laakkonen 2004, 110).

Vastaanotot ovat poliklinikan toiminnan ydin ja ne jakautuvat ajanvaraus- ja päivystysvastaanottoihin. Hoidon toteuttamiseen poliklinikoilla on käytössä erilaisia toimintamalleja. Hoitajavastaanoilla toiminta painottuu usein potilaan neuvontaan ja ohjaukseen. Lääkäri–hoitaja-työparimallin toteutus vaihtelee eri poliklinikoilla. Lääkärillä ja hoitajalla voi olla erilliset työtilat tai yhteiset vastaanottohuoneet riippuen tiloista ja toiminnan luonteesta. Toisinaan hoitaja ei tapaa potilasta lainkaan, vaikka osallistuisikin hoitoon monilla tavoilla. Poliklinikoilla useimmiten annetaan myös puhelinneuvontaa joko soittoajalla tai päivystyksellisesti, ja soitto voi korvata vastaanottokäynnin. (Säilä 2005, 43–45.)

Yhteisellä vastaanottotilalla on haittoja: rauhattomuus, ahtaus, intymiteettisuoja ja työrauhan puute. Erilliset työtilat puolestaan edistävät luottamuksellisen suhteen syntymistä, yksityisyyden säilymistä ja keskustelun mahdollisuuden syntymistä. Nämä helpottavat myös ohjausta ja neuvontaa. Yhteisen tilan etuna on saumaton tiedonkulku ja päällekkäisyyden vähentyminen. Lisäksi yhteisessä tilassa hoitaja kuulee lääkärin antaman ohjauksen ja hänen on helpompi tältä pohjalta ohjata potilasta. (Säilä 2005, 43–45.) Laakkosen (2004) tutkimuksen mukaan hoitajan ohjaukselle yhteisessä vastaanottotilas-

sa ei kuitenkaan juuri ole aikaa, vaan ohjaus tapahtuu jopa käytävällä, kun lääkäri jo vastaanottaa seuraavan potilaan (Laakkonen 2004, 119).

3.4 Ohjaus ja vuorovaikutus hoitotyössä

Ohjaus kuuluu olennaisesti hoitajan toimintaan ja on merkittävä osa potilaan hoitoa (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Erityisesti tämä painottuu poliklinikalla, jossa hoitajan välittömään hoitotyön kuluva ajasta suurin osuus kuluu ohjaustyöhön ja potilaiden kanssa kommunikointiin (Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto 2006, 18). Ohjaustyöhön sisältyy erilaisia elementtejä, kuten oppiminen, tiedon antaminen, neuvonta, terapia ja konsultaatio. Nämä elementit painottuvat eri tavoin ohjaustilanteesta, sen tavoitteesta, käytettävissä olevasta ajasta ja ohjattavasta asiasta riippuen. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 19.) Potilasohjauksesta käytetyt erilaiset käsitteet eroavat toisistaan mm. vuorovaikutuksen asteen ja asiantuntijuuden jakautumisen suhteen. Esimerkiksi tiedonantaminen on lyhyttä ja ajoittaista, eikä välttämättä huomioi potilaan yksilöllisiä tarpeita vaan keskittyy ohjattavan asian sisältöön. (Kääriäinen & Kyngäs 2006; Kääriäinen 2007.)

Potilaan ohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka suunnitellaan ohjattavan yksilöllisistä tarpeista ja oppimisvalmiuksista lähtien. Ohjattavan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät tekijät vaikuttavat ohjauksen toteuttamiseen, jotta ohjauksen päämäärä – potilaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, hoitoon sitoutuminen ja itsehoito, itsenäinen päätöksenteko ja tieto sairauden hoidosta – saavutettaisiin. Kansantalouden näkökulmasta laadukas ohjaus vähentää sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.)

Ohjaaminen vaatii hoitajalta erilaisia valmiuksia, kuten tietoa, taitoa, ohjausmenetelmien osaamista ja oikeaa asennetta. Hoitajalla on myös ammatillinen vastuu kehittää ja pitää yllä näitä taitoja. (Lipponen 2014, 19.) Tässä opinnäytetyössä ohjaus tarkoittaa laajasti potilaan tukemiseen ja tiedonsaantiin tähtäävää hoitajan työtä.

3.4.1 Vuorovaikutuksen merkitys ohjaussuhteessa

Ohjaussuhteen luominen perustuu kaksisuuntaiseen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksessa olennaista on potilaan tukeminen aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen, jotta hän ottaisi vastuuta hoidostaan. (Kääriäinen 2007.) Tällainen potilaan ajatukset ja elämäntilanteen huomioiva potilaslähtöinen lähestymistapa vuorovaikutukseen parantaa potilastyytyväisyyttä ja hoitomyöntyvyyttä (Charlton, Dearing, Berry & Johnson 2008). Potilaat käsittävät vuorovaikutustaidot osana hoitajan ammatillisuutta ja toivovat hoitajalta aloitteellisuutta keskusteluun (Hautamäki-Lamminen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010). Hoitajan työkokemus vaikuttaa kykyyn aistia potilaan tarpeet ja huomata potilaan halukkuus keskusteluun (Mattila 2001, 88). Ohjausvalmiuksia voidaan kehittää hoitajan tietopohjaa lisäämällä ja vuorovaikutustaitoja parantamalla (Linnajärvi 2010, 46).

Sujuva viestintä on edellytys vuorovaikutussuhteen onnistumiselle. Se edellyttää hoitajalta ja ohjattavalta yhteistä ymmärrystä keskustelusta sekä asia- että tunnetasolla. Vuorovaikutustilanteeseen vaikuttavat siihen osallistuvien henkilöiden tunteet, mielikuvat sekä aikaisemmat kokemukset ja niistä syntyvät odotukset. On mahdollista, että viestin sisältö näistä johtuen vääristyy jopa ennen viestin vastaanottamista. (Silvennoinen 2004, 20–28.) Onnistuneen vuorovaikutuksen esteenä voivat olla vaikkapa potilaan aistivammat, muistiongelmien, yhteisen kielen puute tai uskomus siitä, että hoitajalla ei ole ratkaisua ongelmaan. Myös hoitajan asenne, tiedon- tai ajanpuute vaikeuttavat vuorovaikutustilanteen onnistumista. (Charlton ym. 2008.)

Sanallinen viestintä on vain pieni osuus vuorovaikutuksesta, ja viestin selkeyteen on siksi kiinnitettävä huomiota. Sanaton viestintä tukee ja täydentää sanallista viestiä, mutta toisaalta se voi myös kumota tai kokonaan korvata sanallista viestintää. Sanaton viestintä on usein tiedostamatonta ja siksi vaikea hallita. Kehon kielen, eleiden ja ilmeiden lähettämät viestit korostuvat etenkin ensivaikutelman luomisessa. (Silvennoinen 2004, 20–28.) Hoitajan sanatonta vuorovaikutusta voidaan kuvata esimerkiksi hymyilynä, nyökkäilynä ja kosketuksen avulla ohjaamisena. Sanattoman vuorovaikutuksen avulla hoitaja voi esimerkiksi tervehtiä, lohduttaa tai hoivata potilasta. (Laakkonen 2004, 118.) Hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa hoitajan asiantuntijuudella suhteessa potilaaseen on sanallista viestiä painottava merkitys. Tämä edistää viestin sisällön peril-

le menoa. Mahdolliset sanattoman ja sanallisen viestinnän väliset ristiriidat vievät kuitenkin viestin sisällöltä uskottavuutta ja vaikuttavat negatiivisesti vuorovaikutustilanteen onnistumiseen. (Silvennoinen 2004, 20–28.) Yhdensuuntaisella sanattomalla ja sanallisella viestinnällä hoitaja luo potilaalle tunteen kuuntelusta ja läsnäolosta (Mattila 2001, 74).

3.4.2 Sairaanhoitajan ohjaus

Polikliininen ohjaus tarkoittaa poliklinikkakäynnillä tai poliklinikkahoitajan puhelimitse antamaa neuvontaa ja tiedon antamista. Onnistunut potilasohjaus vaatii tietynlaisia toimintaedellytyksiä. Lipponen (2014, 61) sisällyttää väitöstutkimuksessaan näihin toimintaedellytyksiin aika-, tila- ja henkilöstöresurssit. Ohjauksen toteuttamiseen laadukkaasti ja potilaslähtöisesti kuuluvat myös ohjausmateriaalit, koulutus ja perehdytys sekä yhteistyö eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä. Tutkimuksessa todetaan, että erikoissairaanhoidossa suurin osa henkilöstöstä pitää hyvin toteutuvana yhteistyötä sekä ohjausmateriaaleja, mutta aikaa ja tiloja taas riittämättömänä. (Lipponen 2014, 61.)

Potilasohjaukselle poliklinikalla on ominaista tilojen puutteellisuus ja ajan riittämättömyys hoitajan antamaan ohjaukseen lääkärin odottaessa, että seuraavan potilaan voi kutsua sisään. Ohjaus ja neuvonta voidaankin joutua ajan tehokkaaksi käyttämiseksi tekemään odotustiloissa, jolloin intymiteettisuoja kärsii. (Säilä 2005, 29.) Poliklinikalla fyysinen ympäristö heikentää vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä, koska tilat eivät usein sovellu tarkoituksenmukaiseen ohjaukseen. Tällaisessa tilanteessa vuorovaikutus usein rajautuu vain välttämättömään tiedonsiirtoon. (Mattila 2001, 79.) Näitä havaintoja tukee myös Laakkosen (2004, 115) tutkimus, jossa hän kuvailee tutkimusyksikkönsä vastaanotoilla toteutunutta ohjausta vähäiseksi ja persoonattomaksi vuorovaikutuksen keskittyessä potilaan neuvomiseen vastaanottotilanteen sujumiseksi. Annettu ohjaus käsitti tutkimuksessa lähinnä rutiininomaisen jatkohoitoon liittyvien kirjallisten ohjeiden jakamisen, eikä vaatinut hoitajalta varsinaisia ohjaustaitoja. Makkosen, Suhosen ja Huplin (2010) mukaan potilaat kuitenkin toivovat myös erillistä hoitajan vastaanottoa, missä olisi aikaa keskustella sairauden aiheuttamista peloista ja tuntemuksista.

Laakkosen (2004, 120–121, 124) väitöstutkimuksessa hoitajat liittivät potilaan ohjaukseen ja tukemiseen kiireettömyyden, läsnäolon, potilaan hädän ymmärtämisen ja sosio-emotionaalisiin odotuksiin vastaamisen, mutta usein toimintakäytännöt poliklinikalla estävät toteuttamasta tällaista naisen terveyden kokonaisvaltaisesti huomioivaa ohjausta. Toisaalta väitöskirjassa kuvataan tutkimusyksikön hoitajien pyrkivänkin pitämään ohjauksen asiatasolla välttääkseen potilassuhteen liiallisen tiivistymisen. Hoitajan rooli asiantuntijana poliklinikalla nähdään väitöskirjassa kapeana eikä se vastaa sairaanhoitajan tai kättilön ammattikuvausta. Allan (2002) esittää, että potilassuhteiden pysyminen käytännön asioihin keskittyvänä, vaikkakin välittämistä osoittaen, on tarpeellista hoitajan liiallisen henkisen kuormituksen estämiseksi. Hänen tutkimuksensa mukaan tämä riittää myös poliklinikan potilaille, mutta vaatii hoitajalta herkkyyttä havaita milloin hänen tukeaan tarvitaan. Jossain määrin myös Laakkonen (2004, 120) tulee siihen tulokseen, että huolimatta kokonaisvaltaisen ohjauksen puutteesta potilaat kokivat sosio-emotionaalisiin tarpeisiinsa vastatun riittävästi, ja hoitajien empaattisuutta ja ystävällisyyttä arvostettiin.

Puhelinohjauksella voidaan määrätyillä edellytyksillä korvata polikliininen vastaanotto-käynti. Vaikutukset sairauden hallintaan, hoitoon sitoutumiseen ja selviytymiseen ovat vastaavat kuin kasvokkain tapahtuvassa ohjauksessa. Asiakkaat ovat tyytyväisiä ja kokevat saavansa riittävää ohjausta myös puhelimesta. Ohjausta edistää kuitenkin jos hoitosuhde on solmittu kasvokkain aikaisemmin. (Orava, Kyngäs & Kääriäinen 2012.) Laakkonen (2004, 123) havaitsi, että puhelimitse annettu ohjaus oli tutkimusyksikössä jopa laajempaa ja vapautuneempaa kuin vastaanotolla. Laakkonen arvelee tämän johtuvan siitä, että puhelinkeskustelussa etäisyys potilaaseen säilyy ja tilanne pysyy hoitajan hallinnassa. Beaver, Williamson ja Chalmers (2010) toteavat, että myös osa potilaista kokee helpompaa ja rennompaa keskustella hoitajan kanssa puhelimesta. Oman kodin rauhassa myös vaikuttaisi olevan helpompaa keskustella asioista, joita potilas ei välttämättä kiireisellä poliklinikalla nosta esiin. Esimerkiksi postoperatiivisesta seurantapuhelusta on Caljouw'n ja Hogendorf-Burgersin (2010) tutkimuksen mukaan selvää hyötyä ja tukea leikkauksesta toipumiseen. Haastatellut potilaat kokivat puhelinohjauksen yksilöllisenä ja juuri heidän ongelmiinsa kohdistuvana.

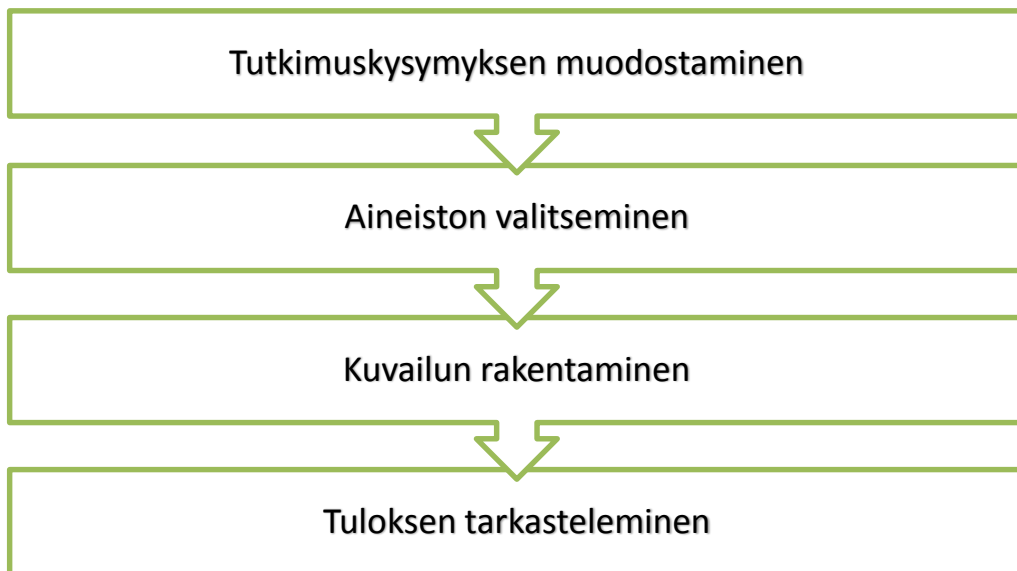
Tärkeä näkökulma potilasohjauksessa on, että huolimatta resurssien puutteista potilaalla on aina oikeus tulla huomioiduksi siten, että hän saa riittävän tiedon terveydentilastaan,

hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja muista hoitoon liittyvistä seikoista ymmärrettävästi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Ohjauksen laadulla on merkitystä myös potilaiden käsitykseen saamastaan hoidosta. Potilaiden tyytyväisyys hoidon laatuun poliklinikalla on tutkitusti yhteydessä heidän saamaansa ohjaukseen, tiedon saantiin ja hoitajan vuorovaikutustaitoihin. Tiedon tarve vaihtelee yksilöllisesti muuttuen ajan saatossa ja sairauden eri vaiheissa. (Härkönen ym. 2007; Eloranta ym. 2009.) Potilaat odottavat yksilöllisen tietoperustan ja henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioimista ohjauksessa (Makkonen ym. 2010).

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Tämä työ on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, ja menetelmä on valittu työelämäyhteistyön lähtökohdista. Kirjallisuuskatsaus mahdollistaa olemassa olevan tutkimuksen hahmottamisen kokonaisuudessaan. Se antaa tietoa aiheeseen liittyvän tutkimustiedon määrästä ja käytetyistä menetelmistä. Kirjallisuuskatsauksia on erityyppisiä ja niistä käytetyt käsitteet ovat vaihtelevia. Suomenkielisessä tutkimuksessa kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta käytetään käsitteitä perinteinen, narratiivinen, kuvaileva ja laadullinen. (Johansson 2007, 4.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kuvata valittua ilmiötä rajatusta teoreettisesta näkökulmasta. Menetelmä jaotellaan neljään vaiheeseen (kuvio 4.1). Vaiheet ovat koko prosessin ajan osin päällekkäisiä, mikä erottaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmänä muista kirjallisuuskatsauksista. (Kangasniemi ym. 2013, 294.)



KUVIO 4.1. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen prosessi Kangasniemen ym. (2013, 294) mukaan

4.2 Alkuperäistutkimusten haku

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa systemaattista tiedonhakua ei välttämättä käytetä, vaan aineiston valinta lähdekritiikkeineen perustellaan ja esitetään aineiston käsittelyssä ja kuvauksessa (Johansson 2007, 4; Kangasniemi ym. 2013, 295). Tähän opinnäytetyöhön tiedonhaku kuitenkin tehdään systemaattisesti. Systemaattinen tiedonhaku ja aineiston valintakriteerien raportointi auttavat lukijaa arvioimaan katsauksen laatua (Johansson 2007, 4). Systemaattinen tiedonhaku tarkoittaa sitä, että tietoa haetaan vastaamaan tutkimustehtäviin ja tiedonhaku raportoidaan tarkasti, jotta se on toistettavissa. Työssä käytetty hakustrategia on kuvattu taulukossa 4.1.

TAULUKKO 4.1. Käytetyt hakutietokannat ja -lausekkeet

MELINDA	(poliklinikat OR potilasneuvonta OR seksuaalineuvonta OR potilasohjeet OR viestintä) AND (naistentaudit OR virtsa- ja sukupuolielinten taudit OR gynekologiset syövät OR abortti OR keskenmeno)
MEDIC	counselling "patient education as topic" communication "outpatient clinics" outpatients AND "Women's Health" "Genital Diseases" "Genital Neoplasms, Female" "Abortion; Spontaneous" "Abortion; Therapeutic" "Abortion; Induced" Gynecology seksuaalisuus "seksuaaliset häiriöt" seksuaalineuvonta AND tiedonsaanti neuvonta hoidonohjaus potilasohjeet
CINAHL	(Abortion, Spontaneous OR Abortion, Induced) AND (Preoperative Education OR Sexual Counseling OR Patient Navigation OR Patient Education) Information Needs AND (Female Urogenital Diseases OR Genital Neoplasms, Female) (needs OR experiences OR information needs OR support) AND (pregnancy complications OR miscarriage OR abortion OR termination of pregnancy) nurse-patient relation AND communication AND female
PubMed	(outpatient clinics, hospital OR outpatients OR ambulatory care) AND (genital diseases, female OR genital neoplasms, female OR abortion, induced OR abortion, therapeutic OR women's health) AND (counseling OR patient education as topic OR communication OR patient navigation OR perception)

Alkuperäistutkimusten haussa käytettiin Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston tarjoamia tietokantoja. Hakuja tehtiin CINAHL-, MEDIC-, MELINDA ja PubMed- tietokannoista. Taulukossa 4.1 on kuvattu kussakin tietokannassa käytetyt hakulausekkeet. Hakustrategiaa on kehitelty gynekologisten poliklinikkapotilaiden hoidontarpeisiin pohjautuen, ja siksi erillisiä hakuja on tehty useampia samoissa tietokannoissa. Haut on tehty pääasiassa joulukuussa 2014. Lisäaineiston löytämiseksi on tehty vielä kaksi vapaasanahakua CINAHL -tietokantaan toukokuussa 2015. Lisäaineiston haku tehtiin juuri tästä tietokannasta, koska se koostuu olennaisesta hoitotieteellisestä tutkimuksesta. Tietokantahakujen lisäksi käytiin manuaalisesti läpi Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyölehtien vuosikerrat vuodesta 2004 lähtien.

4.3 Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi

Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi on keskeistä kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden näkökulmasta. Kangasniemen ym. (2013) artikkelissa esitetään, että aikaisempi menetelmäkirjallisuus ei anna yksiselitteistä vastastausta kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineistonvalinnasta. Aineiston hakua ja tutkimusten sisäänottokriteereitä ei välttämättä raportoida, vaan nämä perustellaan, ja luotettavuutta arvioidaan aineiston kuvailuvaiheessa. Toinen lähestymistapa on tähänkin työhön valittu systemaattinen tiedonhaku, joka perustuu tutkimustehtävien pohjalta suunniteltuun ja sisäänottokriteerein rajattuun valikoiduissa sähköisissä tietokannoissa tehtyyn hakuun. (Kangasniemi ym. 2013, 295–96.)

Toisaalta täydellinen systemaattinen tiedonhaku useista tietokannoista ja internetin hakukoneilla ei tässä työssä ole täydellinen siinä mittakaavassa kuin mm. Bettany-Saltikov (2012) prosessia kuvailee. Opinnäytetyön ajalliset resurssit ja toisaalta saatavilla olevat kokotekstitietokannat asettivat tiedonhakuprosessille omat reunaehdot. Opinnäytetyössä pyrkimyksenä onkin käytettävissä oleviin resursseihin nähden mahdollisimman täydellinen tiedonhaku, ja työn luotettavuuden parantaminen aikaisemman tutkimuksen sisällön ja tutkimustehtävien keskinäisellä vuorovaikutuksella (Kangasniemi ym. 2013, 296).

Alkuperäistutkimusten valintaa ohjaavat sisäänottokriteerit. Tässä opinnäytetyössä sisäänottokriteerejä ovat:

- Länsimainen alkuperäistutkimus
- Julkaisuvuosi 2004–2014
- Tutkittu potilaiden kokemuksia
- Artikkelin kieli suomi tai englanti
- Kokoteksti saatavilla

Tutkimusjulkaisun länsimaisuus on valittu kriteeriksi siksi, että kokemukset hoidosta ja ohjauksesta ovat sidoksissa potilaan kulttuuriin ja asuinmaan yhteiskuntarakenteeseen. Ylipäättään matalan- ja keskitason tuloluokkien maissa erilaiset seulonnat, diagnoosin saaminen ajoissa tai hoitoon pääsy eivät ole koko väestölle mahdollisia. Näissä maissa esimerkiksi syöpään kuoleminen on merkittävästi yleisempää kuin vauraissa länsimaissa (WHO 2009, 52), eikä kokemuksia hoidosta voi täten verrata. Siksi tässä opinnäytetyössä keskitytään sellaisten potilaiden kokemuksiin tai odotuksiin, jotka saavat laadultaan suunnilleen samantasoista hoitoa.

Kymmenen vuoden aikaraja on yleisesti käytetty kriteeri tutkimusten tuoreudelle. Yksi analyysiin mukaan otettu tutkimus on kuitenkin julkaistu 2002. Tämä tutkimus on valittu siksi, että se sisältää työn kannalta kiinnostavaa tietoa, ja tuloksetkin ovat samansuuntaisia uudempien artikkeleiden kanssa. Taulukossa 4.2 on esitetty tietokannoittain aineistonvalintaprosessia. Haun rajauksissa on käytetty sisäänottokriteerien antamia raameja. Lisäksi manuaalisella haulla *Hoitotiede* - ja *Tutkiva hoitotyö* - lehdistä löytyi kaksi artikkelia, jotka vastaavat tutkimustehtäviin.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa valittu aineisto voi olla menetelmänsä puolesta keskenään erilaista (Kangasniemi ym. 2013, 296). Aineiston laatua arvioitaessa kiinnitetään huomiota mm. tutkimuksen tekijöiden uskottavuuteen, kirjallisuuskatsauksen kattavuuteen, tutkimuksen tarkoituksen selkeään ilmaisuun ja menetelmän perusteltuun valintaan. Määrällisen tutkimuksen laadun arvioinnissa tärkeää on lisäksi hypoteesin ja tärkeimpien muuttujien määrittely, otoksen kuvailu ja mittarin sekä aineiston käsittelyn validiteetti. Laadullisessa tutkimuksessa laatua arvioidaan esimerkiksi osallistujien valintakriteerien kuvauksen, analysointimenetelmän uskottavuuden ja vahvistettavuuden

sekä tutkimuksessa käytettyjen käsitteiden määrittelyn perusteella. (Bettany-Saltikov 2012, 93.)

Analyysiin valikoitui 14 alkuperäistutkimusta viimeisen kymmenen vuoden ajalta (liite 1). Yksi tutkimus on julkaistu 2002. Kuusi tutkimusta käsittelee syöpäpotilaiden kokemuksia hoidosta, viisi tutkimusta puolestaan raskaudenkeskeytys- tai keskenmenopotilaiden kokemuksia, kaksi artikkelia hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta sekä yksi artikkeli iäkkäiden potilaiden kokemuksia ohjauksesta poliklinikalla. Aineistossa on mukana sekä määrällistä että laadullista tutkimusta sekä kaksi tutkimusta, joissa näitä on yhdistetty.

TAULUKKO 4.2. Hakutulokset eri tietokannoista

<i>Tietokanta</i>	<i>Tuloksia</i>	<i>Tuloksia rajoituksilla</i>	<i>Valittu otsikon perusteella</i>	<i>Valittu</i>	<i>Hylkäysperusteet</i>
<i>MELINDA</i>	27	3	3	0	<i>Ei tieteellinen julkaisu</i>
<i>MEDIC</i>	14	11	2	0	<i>Ei tieteellinen julkaisu</i>
	13	10	2	2	
<i>CINAHL</i>		24	3	1	<i>1 ei länsimainen 1 ei tieteellinen julkaisu</i>
	Haku suoraan rajoituksilla	66	5	3	<i>1 ei kerro potilaan kokemuksista 1 ei vastaa tutkimustehtäviin</i>
		534	16	4	<i>8 ei vastaa tutkimustehtäviin 3 ei tieteellinen julkaisu 1 ei länsimainen julkaisu</i>
	v. 2000-	65	8	2	<i>6 ei vastaa tutkimustehtäviin</i>
<i>PubMed</i>		96	5	0	<i>Ei vastaa tutkimustehtäviin</i>

Kaikissa työhön valituissa tutkimusjulkaisuissa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 132.), johon tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus pohjautuu. Potilaat ovat osallistuneet vapaaehtoisesti, eikä heitä vastausten perusteella voi tunnistaa. Tutkimuksen tekijät ovat myös hankkineet asianmukaiset luvat työlleen. Tutkimusasetelma ja tutkimuksen toteutus on kaikissa valituissa julkaisuissa raportoitu kattavasti. Työn tarkoitus on selkeästi ilmaistu kaikissa artikkeleissa. Määrällisissä tutkimuksissa käsitteet on selkeästi määritelty, niissä käytetään testattuja mittareita ja tulokset on analysoitu sopivaa tilastollista menetelmää käyttäen. Laadullisissa tutkimuksissa on valittu osallistujat, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Tämä valintaprosessi ja myös aineiston analysointiprosessi on julkaisuissa kuvattu.

4.4 Sisällönanalyysi analyysimenetelmänä

Tässä työssä valittu aineisto käsitellään aineistolähtöistä sisällönanalyysin menetelmää käyttäen. Aineistolähtöinen analyysi pyrkii muodostamaan teoreettisen kokonaisuuden aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävien perusteella valittujen analyysiyksiköiden pohjalta. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Puhtaasti aineistolähtöinen analyysi ei ole millään tavalla sidoksissa aikaisempiin havaintoihin tai teoriaan. Käytännössä tämä on kuitenkin hyvin hankala toteuttaa, koska jo käytetyt käsitteet ja tutkimusmenetelmä ohjaavat tutkimuksen tekijän valintoja ja näin vaikuttavat tuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96, 110.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi tarkoittaa sitä, että aineiston sisällöstä poimitaan tutkimustehtäviin vastaavia kuvauksia tai ilmaisuja, jotka nimetään pelkistäen ja ryhmitellään sisällön perusteella laajemmiksi teemoiksi (Polit & Beck 2012, 564). Aineistosta nousevien ilmaisujen pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistosta karsitaan kaikki tutkimustehtävien kannalta epäolennainen tieto. Olennainen tieto taas nimetään ilmaisua tai tutkimustulosta kuvaavalla koodilla. Pelkistetyistä ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia, ja niiden perusteella ilmaukset ryhmitellään luokiksi, jotka nimetään sisältöä kuvaavasti. Viimeinen vaihe on yhdistellä luokituksia edelleen, niin pitkälle kuin se on aineiston kannalta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.) Taulukoissa 4.3 ja 4.4 on havainnollistettu esimerkein analyysin etenemistä tässä työssä. Taulukoissa esiintyvät numeroinnit viittaavat tutkimustaulukkoon (liite 1).

Aineiston kuvailu on keskeisin vaihe kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa. Sen tavoite on tutkimustehtäviin vastaaminen aineistolähtöisesti laadullisena kuvauksena, jossa kriittisesti yhdistellään ja analysoidaan aineiston sisältöä. Kirjallisuuskatsauksessa aineiston analyysin tarkoitus ei ole tiivistää tai referoida alkuperäistä aineistoa, vaan vertailla olemassa olevan tiedon vahvuuksia ja heikkouksia ja tehdä siitä johtopäätöksiä. (Kangasniemi ym. 2013, 296.) Sisällönanalyysin avulla tuotetut luokittelut eivät siis ole tuloksia kirjallisuuskatsaukselle, vaan ne ovat keino koota ja tiivistää aineiston sisältämää tietoa, ja näin luoda runko aineiston kuvailulle siten, että tutkimustehtäviin saadaan vastaus. Samasta syystä kirjallisuuskatsauksessa ei välttämättä ole mielekasta luokitella aineistoa kategorioihin niin pitkälle kuin teoreettisessa mallissa esitetään vaan mallia voidaan soveltaa aineistokohtaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 124.)

TAULUKKO 4.3. Esimerkki lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen läpikäyneitä naisia käsittelevän aineiston luokittelusta

Yksityiskohtaisempi kuvaus keskeytyksen kulusta (11)	Odotukset yksityiskoh- taisemmasta ohjauksesta	Lääkkeellisen raskau- denkeskeytyksen läpi- käyneen naisen odotuk- set ohjauksesta
Puolisolle yksityiskohtaisempaa oh- jausta liittyen keskeytyksen kulkuun, aikatauluun, kipuun, riskeihin jne. (12,13)		
”En tiennyt mitä odottaa” (14)		
”Olin huolissani lääkkeen toimivuu- desta, koska vuoto ei alkanut neljässä tunnissa” (14)		
”Oireita ei ensin ollut, joten olin epä- varma lääkkeen toimivuudesta”(14)		
”Minulla oli kipuja ilman vuotoa, jo- ten pelkäsin ettei lääke toimi” (14)		
Epävarmuus prosessin kestosta (11)		
Millaista kipua voi odottaa ja milloin kipu alkaa (11)		
Pelko siitä, että sikiö kärsii keskeytyk- sestä (11)		
Hoitaja varmistaa, että kotona on tu- kea (14)	Odotukset emotionaalisen tuen tarpeen huomioimis- ta	Odotukset kohtelusta klinikalla
Hoitaja huomioi myös psyykkisen puolen ohjauksessaan (14)		
Ammatillinen suhtautuminen (11)		
Ystävällinen, tasa-arvoinen kohtelu (13)		
Hoitoon osallistumisen mahdollista- minen (13)		
Puolisoa rohkaistaan mukaan klinikalle (14)		
Puoliso huomioidaan paremmin ohjaustilanteessa (12,13)		

TAULUKKO 4.4. Esimerkki syöpäpotilaiden seksuaaliohjaukseen liittyvän aineiston luokittelusta

Odotettiin tietoa sekä suullisena että kirjallisena (6, 8)	Odotukset tiedonsaannista	Gynekologista syöpää sairastavan potilaan odotukset seksuaaliohjauksesta
”Vaikka ei ole parisuhteessa, voi silti tavata jonkun. Tieto olisi ehdottomasti tarpeen” (3, 8)		
Odotettiin, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista kerrottaisiin kaikille ikään katsomatta.(7)		
Tietoa odotettiin naiselta tai hoitajalta tai vertaiselta. (3)	Odotukset tiedonantajasta	
Kolmannes odotti tietoa seksuaalisuudesta nimenomaan sairaanhoitajalta. (6)		
Odotettiin keskustelua naisen kanssa, omahoitaja koettiin luontevaksi keskustelukumppaniksi. (7)		
Tietoa odotettiin pätevältä henkilöltä: hoitajalta tai lääkäriltä. (8)		
”Diagnoosin aikaan pää on pyörällä ja tieto sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen on siinä vaiheessa liikaa” (3)		
Oikeana ajankohtana tiedonsaantiin pidettiin hoidon aikana tai loppuvaiheessa. (3, 8)		
Tietoa odotettiin ennen leikkausta tai solunsalpaaja-hoitojen aikana (5)		
”Ehkä seksuaalisuudesta voisi puhua aina silloin tällöin hoitojen aikana.”(5)		
Tietoa odotettiin osaksi hoitosuunnitelmaa (7)		
Oikeana ajankohtana pidettiin jälkitarkastusta (7, 8)		
Osa odotti tietoa seksuaalisuudesta jo alkuvaiheessa (8)		
”Toivon, että aloite tulisi henkilökunnalta, koska minulla ei ole rohkeutta ottaa asiaa esille” (5)	Odotukset keskustelun aloittajasta	
Aloitetta odotettiin hoitohenkilökunnalta: lääkäriltä, hoitajalta tai seksuaalineuvojalta. (6, 7)		
Odotettiin hoitohenkilökunnalta kykyä havaita oikea hetki keskustelulle (8)		
Tietoa odotettiin siitä ovatko yhdynnät luvallisia ja onko jotain mitä pitää erityisesti ottaa huomioon. (5)	Odotukset ohjauksen sisällöstä	
Naiset odottivat tietoa sairauden vaikutuksesta mielialaan, ihmissuhteisiin, minäkuvaan, parisuhteeseen, seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään (6)		
Odotettiin tukea naisena eheytymiseen enemmän kuin asiatietoa (7)		
Toivottiin tietoa syöpäyhdistyksen toiminnasta jo hoitojen alkuvaiheessa. (7)		
Hoitajalta odotettiin keskustelua tunnepuolen asioista, kuten ulkonäön ja muuttuneen minäkuvan aiheuttamista tunteista. (7)		
”Olisi hyvä idea, jos miehet saisivat tietoa naisen kehon muutoksista ja niiden vaikutuksista.” (8)	Odotukset puolison tiedonsaannista	
Puolisolle odotettiin tietoa sairaudesta ja hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen. (7)		

Aineiston kuvailun rakentamisessa analysoitavat artikkelit käsiteltiin potilasryhmittäin. Syöpäpotilaita koskevat artikkelit käsittelevät pääasiassa potilaiden tiedontarpeita ja odotuksia seksuaaliohjaukseen liittyen. Raskaudenkeskeyttämiseen liittyvät neljä artikkelia käsittelevät lääkkeellistä raskaudenkeskeytystä ja spontaaniin keskenmenoon liittyviä artikkeleita on yksi. Iäkkäitä potilaita koskevan artikkelin osallistujat ovat saaneet hoitoa useilla erikoisaloilla eikä tutkimus koske pelkästään naistentauteja sairastavia potilaita. Analyysin tuloksia käsittelevässä luvassa tutkimuksiin viitataan numeroilla luettavuuden helpottamiseksi. Tekstin numerointi on vastaava tutkimustaulukon kanssa (liite 1).

5 AINEISTON ANALYYSIN TULOKSET

5.1 Syöpäpotilaan seksuaalisuuteen liittyvä ohjaus ja sen sisältö

Useassa tutkimuksessa nousi esiin, että potilaat eivät saa klinikkakäynneillään ollenkaan tietoa syövän vaikutuksesta seksuaalisuuteen (3,5,8). Tämä herätti tutkimukseen osallistuneissa turhautumista ja vihaa (3). Yksinelävät naiset eivät välttämättä saaneet lainkaan seksuaaliohjausta. He kokivat, että ohjausta ei parisuhteen puuttuessa katsottu tarpeelliseksi antaa. (3, 8.) Kuitenkin naiset iästä riippumatta (5) toivoivat saavansa ohjausta seksuaalisuudesta. Parisuhteessa olevat ja alle 60-vuotiaat pitivät ohjausta tärkeämpänä kuin yksinelävät (6). Tutkimuksessa 6 esitettiin, että ikääntyneet eivät uskalla keskustella seksuaalisuudesta hoitohenkilökunnan kanssa tai vaihtoehtoisesti heidän seksuaalisuuteensa on iän puolesta tullut muutoksia jo ennen hoitojen aloittamista (6). Toivottiin, että syövän hoidon seksuaalisuuteen vaikuttavista muutoksista kerrotaisiin ikään katsomatta, mikäli potilas kokee tiedon itselle tarpeelliseksi (7).

5.1.1 Odotukset tiedon saannin ajankohdasta ja tavasta

Tiedon saamisen ajankohdasta toiveet vaihtelevat. Tutkimuksessa 5 naiset eivät tuoneet selvästi esiin missä vaiheessa toivovat saavansa tietoa seksuaalisuudesta. Keskustelua toivottiin aina silloin tällöin (5), ja hoitajalta toivottiin herkkyyttä huomata potilaan valmius keskusteluun seksuaalisuudesta (5, 7). Toivottiin, että tietoa seksuaalisuudesta tarjottaisiin sitten kun hoidot ovat jo käynnissä (3) ja koko hoitoprosessin ajan (8). Tutkimukseen osallistuneet naiset kokivat, että diagnoosin antovaiheessa seksuaalisuuteen liittyvät asiat eivät ole päällimmäisenä mielessä (3). Tutkimuksessa 7 oikeana ajankohdana keskusteluun pidettiin jälkitarkastusta. Toisaalta naiset kaipasivat henkistä tukea jo sairauden alkuvaiheessa ja seksuaaliohjausta toivottiinkin kaikille kuuluvaksi ja automaattiseksi osaksi hoitosuunnitelmaa (7).

Tutkimuksessa 6 naisista 54 prosenttia toivoi saavansa tietoa sekä suullisena että kirjallisena (6, 8). Yhdessä tutkimuksessa kirjallista materiaalia ei muistanut saaneensa yksikään osallistuja (5). Heti sairauden alkuvaiheessa saatuaan kirjalliseen materiaaliin oltiin

tyytyväisiä ja se katsottiin hyödylliseksi, kun seksuaalisuuteen liittyvät vaikutukset tulivat ajankohtaisiksi (7). Kirjallisen materiaalin sisältöön toivottiin kuvausta syövän hoitojen seksuaalisuuteen vaikuttavista oireista (5).

5.1.2 Odotukset keskustelun sisällöstä ja tiedonantajasta

Tutkimuksessa 7 selvisi, että naiset odottivat keskustelua tunnepuolen asioista hoitajalta. Lääkäriltä odotettiin enemmän sairauden hoitoon liittyvää tietoa (7). Tietoa seksuaalisuudesta toivottiin asiantuntevalta taholta ja osa toivoi tietoa nimenomaan lääkäriltä (8). Keskusteluun seksuaalisuudesta toivottiin naishoitajaa (3,7) ja tutkimuksessa 6 kolmannes naisista toivoi keskustelua seksuaalisuudesta nimenomaan sairaanhoitajalta. Tutkimuksessa 3 nousi esiin myös, että osa naisista toivoi saavansa tietoa seksuaalisuudesta vertaiselta. Hoitajalta odotettiin ammatillisuutta. Ammatillisuudella potilaat tarkoittivat helppoa lähestyttävyyttä, asiantuntemusta, hyviä vuorovaikutustaitoja ja oikeanlaista asennetta (7).

Ohjauksen sisältöön odotettiin tietoa siitä, koska voi aloittaa yhdynnät leikkauksen jälkeen, ja tarvitseeko silloin ottaa jotain erityistä huomioon (5). Lisäksi naiset halusivat tietoa leikkaushoidon ja solunsalpaajahoidon haitallisista vaikutuksista seksuaalisuuteen, jotta tietäisivät mitä on odotettavissa (3, 5). Tutkimuksessa 6 nousi esiin, että potilaat toivovat hoitajan keskustelevan heidän henkilökohtaisesta tilanteestaan ja hoitojen vaikutuksista minäkuvaan, seksuaalisuuteen ja läheisiin ihmissuhteisiin. Koettiin, että tällöin keskustelu mahdollisista seksuaaliongelmista heräisi luontevasti.(6.) Myös tutkimus 7 kuvaa potilaiden toivetta keskustella muuttuneesta ulkonäöstä, ja siitä miten ennalta voisi valmistautua sen aiheuttamiin negatiivisiin tunteisiin. Naiset odottivatkin enemmän tukea naisena eheytymiseensä kuin puhdasta asiantietoa sekä yksilöllistä huomiointia ja kokemusten arvostamista (7).

Puolisolle naiset odottivat tietoa ja ohjausta siitä miten puoliso voisi suhtautumisellaan helpottaa sairastuneen sopeutumista. Lisäksi toivottiin tietoa sairaudesta (7), kehon muutoksista (8) ja hoitoja seuraavista seksuaalielämän ongelmista (7, 8) sekä näiden ongelmien yleisyydestä ja kestosta (7). Potilaalle toivottiin mahdollisuutta ottaa puoliso mukaan ohjaustilanteeseen (7). Naiset kokivat riittävän tiedon saamisen vähentävän

parisuhteelle aiheutuvia haittoja (8). Tutkimuksen 7 mukaan sairaus heikensi parisuhdetta 14 %:lla ja paransi sitä 25 %:lla osallistujia. Tiedonsaanti seksuaalisuudesta oli osallistujille kuitenkin tärkeää riippumatta siitä mihin suuntaan parisuhde muuttui. (6, 7).

Tutkimuksessa 6 neljä viidestä naisesta toivoi aloitetta keskusteluun seksuaalisuudesta hoitohenkilökunnalta (6). Aloitteen teko henkilökunnan taholta nousi esiin myös muissa tutkimuksissa (5, 7), ja tutkimuksessa 5 naiset olivat yksimielisiä asiasta perustellen, että heillä itsellään ei ole riittävästi rohkeutta ottaa asiaa esille (5).

5.2 Keskenmeno- ja raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaus ja sen sisältö

5.2.1 Odotukset vuorovaikutuksesta hoitajan kanssa

Hoitajalta odotettiin ystävällistä ja tasa-arvoista kohtelua sekä kunnioitusta ja empatiaa (13), ja tällaista kohtelua myös saatiin (11,13). Osallistajat arvostivat sitä, että hoitohenkilökunta ei tuominnut heidän ratkaisuaan (11,13). Hoitajalta toivottiin rauhoittavaa otetta tilanteeseen, eikä pelkästään asiakeskeistä kaikkien mahdollisten oireiden luettelua (9). Toivottiin, että hoitaja varmistaa, että kotona on tukea (9), ja että puolisoa rohkaistaan mukaan klinikalle (14,13) sekä huomioidaan paremmin ohjauksessa (13). Tutkimuksessa 13 tulee esiin, että ohjaus keskittyi pääosin naiseen, eikä puolisoa huomioitu tai hänen kysymyksilleen jäänyt tilaa (13).

5.2.2 Odotukset ja kokemukset ohjauksen sisällöstä

Tutkimuksessa 14 tiedonsaanti ja ohjaus koettiin hyvänä, mutta osa toivoi enemmän ohjausta odotettavissa olevasta kivusta (11,14) ja keskeytyksen kestosta (11) sekä yleisesti ottaen yksityiskohtaisempaa ja konkreettisempaa ohjausta keskeytysprosessista (11). Tutkimuksen 13 potilaat puolestaan saivat yksityiskohtaista tietoa (13). Potilaat odottivat hoitajalta tietoa esimerkiksi internetin tiedonlähteistä (14). Riittävästi tietoa osallistujat kokivat saaneensa ehkäisystä (12,13) ja keskeytykseen liittyvistä tutkimuksista (12). Tutkimuksessa 12 osa naisista koki tiedonsaannin ja ohjauksen keskeytyspro-

sessista riittämättömänä. Tiedonpuute aiheutti tunteen kontrollin menetyksestä ja loi pelkoa sekä ahdistusta (11) sekä heikensi kivunlievityksen tehoa (12).

Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen läpikäyneet potilaat kuvasivat hankalaksi sen, kun ei tiedä mitä odottaa. Epävarmuutta tutkimukseen osallistujissa aiheutti keskeytyksen sujuminen siten kuin pitää. Tällä tarkoitettiin sellaisia huolenaiheita, kuten toimiiko lääkitys ja millaisia oireita ja milloin voi odottaa. Huolta aiheutti prosessin poikkeaminen saadusta ohjauksesta. (14.) Potilaat joilla oli aikaisempia kokemusta synnytyksestä, keskenmenosta tai abortista, olivat epävarmoja voiko aikaisempiin kokemuksiin luottaa (11). He kokivat kuitenkin olonsa turvalliseksi tietäessään, että apua on tarjolla (11,12).

5.2.3 Kokemukset tuen saamisesta

Tutkimuksessa 11 esitetään, että osallistujat kokivat saaneensa tukea ajatustensa ja tunteidensa selvittelyyn tutkimukseen osallistumalla, koska näin he olivat samalla saaneet mahdollisuuden keskustella kokemuksestaan (11). Tutkimuksessa 10 todetaan, että 86 % osallistujista ei saanut riittävästi tukea keskenmenon aiheuttamien huolten käsittelyyn ja 69 % koki turhauttavana sen, että keskenmenon psykologisia näkökohtia ei otettu riittävästi huomioon (10). Tutkimuksessa 12 nousi esiin, että parisuhteessa elävät naiset kokevat raskaudenkeskeytyksen hoidon vähemmän tyydyttävänä kuin yksinelävät. Tutkimuksessa otaksutaan, että tämä johtuu siitä, että parisuhteessa elävillä naisilla on mahdollisesti enemmän epävarmuutta päätöksestä, ja he tarvitsevat enemmän tai toisenlaista tukea. (12.) Lisäksi tutkimuksessa 11 todetaan, että kaikki tutkimukseen osallistuneet naiset kokivat negatiivisia tunteita ennen raskaudenkeskeytystä riippumatta keskeytyksen syystä (11).

5.3 Iäkkäiden potilaiden kokemuksia ja odotuksia ohjauksesta

Tutkimuksessa 4 osallistujat kokivat kirjallisen materiaalin epäselvänä, joskin 38 % ei saanut kirjallista materiaalia lainkaan. Ohjausta toivottiin ajallisesti osuvan pidemmälle periodille. Ohjaukseen käytetty aika oli osallistujien mielestä liian lyhyt ja ohjaajan kii-

reisyys koettiin myös ongelmaksi. Ohjaukseen käytettävää tilaa osallistujat arvioivat meluisaksi ja soveltumattomaksi. (4.)

Läkkäät potilaat toivoivat enemmän ohjausta sairauteen ja hoitoihin liittyvien tunteiden ja pelkojen käsittelyssä. Mahdolliset aistivammat tai huono muisti toivottiin huomioitavan ohjaustilanteessa. Ohjaajan tietoihin ja taitoihin oltiin tyytyväisiä vaikka tutkimuksessa esiin nousi myös ongelmia kuten ohjaajan ylimalkaisuus, vierasperäiset sanat, vaihtuvat ohjaajat ja ristiriitaisuudet ohjauksessa. Tutkimuksessa todetaan, että määrällisen aineiston perusteella tutkimukseen osallistuvat potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen, mutta laadullisen aineiston pohjalta ilmeni puutteita saadussa ohjauksessa. (4.)

5.4 Odotuksia ja kokemuksia vuorovaikutuksesta hoitajan kanssa

Potilaat ajattelivat että hoitajat keskittyivät tehtäviinsä enemmän kuin vuorovaikutukseen potilaiden kanssa. Potilaat tosin perustelivat tämän oletuksella hoitajan kiireestä, vaikka toisaalta hoitajien koettiin mieltävän tehtävänsä potilasta tärkeämpänä. Tämä johti siihen, ettei hoitajaa viitsitty häiritä. (1.) Tutkimuksissa potilaat käsittivät hoitajan roolin määräysten toteuttajana (1), lääkärin avustajana (9) ja tehtävien suorittajana (1, 2, 9), eikä niinkään asiantuntijoina (1). Hoitajalta odotettiin käytännön asioiden hoitamisesta (2, 9) ja potilaan käytännön ongelmien ratkaisua. (2) Hoitajan koettiin olevan tukena pelkästään olemalla näkyvä ja läsnä klinikalla (2). Hoitajan koettiin olevan kiinnostunut potilaan hoidosta myös ennen ja jälkeen klinikalla käynnin (2). Tehtäviin keskittyminen näkyi myös vähäisenä puheena hoitotoimien aikana eikä hoitajalta välttämättä edes odotettu vuorovaikutusta olosuhteista johtuen (1).

Hoitajilla ei ollut kiireen vuoksi riittävästi aikaa (1). Toisaalta potilaat kokivat samassa artikkelissa sekä tutkimuksissa 2 ja 9, että saivat hoitajalta aikaa tai läsnäoloa kiireestä huolimatta. Hoitajan läsnäoloa arvostettiin (1).

Potilaat viittasivat siihen, että eivät saaneet hoitajalta riittävästi tietoa (1). Tutkimuksessa 9 potilaat eivät edes odottaneet saavansa tietoa hoitajalta vaan olettivat sen olevan lääkärin tehtävä. Osalla potilaista ei ollut lainkaan odotuksia keskustelulle hoitajan kanssa (9). Potilaat kokivat negatiivisena sen, että hoitaja teki oletuksia heidän huolen-

aiheistaan ja tarpeistaan, eivätkä he näin saaneet itseään kiinnostavaa tietoa (1). Tutkimuksessa 9 osa odotti, että hoitaja ohjaa keskustelua ja asettaa tavoitteet ohjaukselle, koska hoitaja nähtiin asiantuntijana, joka tietää mistä keskustelussa kuuluu puhua (9). Osa taas halusi itse vaikuttaa keskustelun sisältöön (9).

Odotukset vuorovaikutuksen laadusta kohdistuivat avoimuuteen (1), rehellisyyteen (1, 2), aitouteen (1), ymmärrettävään kieleen (1, 2), rentouteen (1), huumoriin (1), helppoon lähestyttävyyteen (1), ammatillisuuteen (1), luottamukseen (1), rauhallisuuteen (2), potilaan rohkaisuun (2), asiantuntemukseen (2, 9), ohjaustaitoihin (2) ja yksilöllisesti suunnattuun puheeseen (1, 2).

Hoitaja koettiin helpommin lähestyttävänä (2) kuin lääkäri ja hoitajan tietoihin ja taitoihin luotettiin (2, 9). Hoitajan katsottiin osaavan selittää asiat ymmärrettävämmiin kuin lääkäri. Naishoitajaa pidettiin tärkeänä, koska uskottiin, että naishoitaja ymmärtää mitä potilas käy läpi. (2.) Tuttua hoitajaa arvostettiin ja pidettiin helpommin lähestyttävänä (9). Kokemukset vuorovaikutuksesta hoitajan kanssa olivat pääosin positiivisia (9). Ohjaus oli rauhallista ja ymmärrettävää (9). Luvan antaminen kysymyksille, rohkaiseminen kertomaan huolista ja vastausten saaminen kysymyksiin koettiin tärkeänä (9).

Potilaat pitivät tärkeänä välittämisen osoittamista siten, että hoitaja sanoitti ymmärryksensä heidän tilanteestaan (1, 2). Potilaat eivät odottaneet hoitajan ratkaisevan kaikkia heidän ongelmiaan, mutta heidän ahdistuksensa väheni, kun he tunsivat saavansa tukea ja ymmärrystä tunteilleen (1, 2, 9). Potilaat arvostivat hoitajan herkkyyttä ja tilannetajua havaita milloin hänen osallistumistaan ja tukeaan tarvitaan joko sanallisen tai sanattoman vuorovaikutuksen keinoin (2). Tällaista sensitiivisyyttä potilaan ohjaustarpeille koettiin myös tutkimuksessa 9. Ristiriitaisuudet hoitajan puheessa suhteessa määrättyyn hoitoon koettiin negatiivisina ja ne uhkasivat potilaan turvallisuuden tunnetta (1).

Hoitajan sanattomalla vuorovaikutuksella potilaat kokivat saaneensa emotionaalista tukea, ymmärrystä ja kunnioitusta yksilöinä (1). Välittämistä hoitajan nähtiin osoittavan potilasta kohti nojautumalla (2). Äänensävyllä osoitettiin auktoriteettia ja johtajuutta potilaan ylitse, mikä koettiin negatiivisena (1). Rauhallinen, ystävällinen äänensävy, läsnäolo tarvittaessa ja kosketus koettiin välittämisen osoituksena (2). Tutkimuksessa 1 kuvattiin, että luottamuksen syntymistä helpotti hoitajan keskittyminen tilanteeseen

niin, ettei hän vaikuttanut potilaan silmissä kiireiseltä (1). Keskittyminen kelloa vilkuilematta toi myös kokemuksen ohjaustilanteen rauhallisuudesta (9). Hoitajan läsnäoloa toimenpiteessä tai tutkimuksessa odotettiin. Hoitajan odotettiin myös huolehtivan fyysisestä mukavuudesta joko olemalla läsnä tai keskustelemalla toimenpiteen aikana. Potilaat toivoivat myös tarkoituksenmukaisten selkeiden ohjeiden antamista tutkimuksen tai toimenpiteen aikana. (2.)

6 POHDINTA

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen etiikassa on kysymys siitä, millainen on hyvä tutkimus, miten tutkimusaihe on valittu ja millaisia keinoja tutkija käyttää. Tutkimuksen on oltava johdonmukainen ja eettisesti kestävä. Eettinen kestävyys tarkoittaa sitä, että aiheen valinnassa on pohdittu miksi tutkimus tehdään ja kenen ehdoilla. Eettisesti kestävässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetista huolehditaan, osallistujat tuntevat tutkimuksen tarkoituksen, mahdolliset riskit ja ovat vapaaehtoisesti mukana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125–133.)

Aineistoon liittyviä eettisiä kysymyksiä on tässä työssä pohdittu jo aineiston luotettavuutta arvioitaessa luvussa 4.3. Tutkimuseettisiä kysymyksiä, kuten plagiointi, tulosten sepittäminen, puutteellinen raportointi tai toisten tutkijoiden vähättely, liittyy kuitenkin myös raportin laatimiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224). Tässä työssä on pyritty selkeästi ja tarkasti raportoimaan tutkimuksen tarkoitus, aineiston valintaprosessi, analysointimenetelmä ja tulokset. Raporttiin on huolellisesti merkitty lähde- ja tekstiviittaukset ja lisäksi varsinainen aineisto on koottu tutkimustaulukkoon (liite 1). Valmis työ on tarkistettu käyttäen plagioinnin estoon tarkoitettua Urkund-ohjelmistoa. Raportti on siis perustellusti laadittu noudattaen hyvää tutkimusetiikkaa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole tarkkaa ohjeistusta. Tärkeä luotettavuutta lisäävä tekijä on kuitenkin raportin johdonmukaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.) Laadullisessa tutkimuksessa yleisesti käytettyjä luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset on esitetty niin, että lukijan on mahdollista ymmärtää miten niihin on päädytty, ja millaisia rajoituksia tai vahvuuksia tutkimuksella on. Tästä syystä analyysin kuvauksen tarkkuus lisää tutkimuksen luotettavuutta. Siirrettävyys puolestaan tarkoittaa sitä, että koko tutkimusprosessi on kuvattu niin, että toinen tutkija voi halutessaan seurata prosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Tässä työssä tulokset on esitetty kattavana kuvailuna lähdeviitteineen aineiston tutkimustehtäviin vastaavasta materiaalista. Käytetty analysointimenetelmä on kuvattu ja esimerkkeineen raportoitu. Näin lukija voi halutessaan löytää yksittäisenkin kuvauksen taustalla olevan tutkimuksen ja ymmärtää miten tuloksiin on päädytty. Tämä lisää opinnäytetyön uskottavuutta. Aineiston haku- ja valintaprosessi on tarkasti raportoitu, jolloin prosessi on toistettavissa, mikä täyttää siirrettävyyden kriteerin.

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on menetelmänä kritisoitu epätarkkuudesta, tarkoitushakuisuudesta sekä aiemman tutkimuksen arvioinnin puutteellisuudesta (Kangasniemi ym. 2013, 293). Tämän työn aineiston valintaprosessissa voidaan nähdä olevan tietynlaista tarkoitushakuisuutta, koska hakustrategia on kohdistettu potilasryhmittäin. Näin ollen olennaista tutkimusta on saattanut jäädä ulkopuolelle tai jokin tieto painottua tuloksissa liikaa. Tällainen hakustrategia oli kuitenkin tuloksiin pääsemiseksi perusteltu, sillä yleisluontoisempi lähestymistapa ei tuonut tulosta. Toisaalta hauissa pyrittiin sisällyttämään kaikki naistentaudeilla hoidettavat potilasryhmät mukaan tasapuolisesti kaiken olennaisen aineiston löytämiseksi. Täsmällisellä raportoinnilla on pyritty siihen, että kritiikkiin epätarkkuudesta ei olisi aihetta.

Tutkimusten valintaan ja käsittelyyn tulisi osallistua vähintään kaksi tutkijaa, jotta aineisto olisi pitävä (Johansson 2007, 6). Tämän työn luotettavuutta heikentääkin se, että tekijä on kaikissa vaiheissa toiminut yksin, ja lopputulos on siksi yhden tutkijan tulkintojen varassa. Pääosin aineisto oli myös englanninkielistä, ja erilaisten ilmaisujen kääntäminen suomen kieleen sekä niiden sävyerojen ymmärtäminen aiheuttivat analysoinnissa jonkin verran haasteita.

Aineiston valinta vaikuttaa merkittävästi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen. Luotettavuuden parantamiseksi aineiston valinnan perusteita ja näiden perusteiden luotettavuutta tulee käsitellä jo aineiston kuvauksen kohdalla. (Kangasniemi ym. 2013, 298.) Tässä työssä aineiston luotettavuutta on pohdittu luvussa 4.3 osana aineiston valinnan raportointia. Tulosten luotettavuutta kirjallisuuskatsauksessa heikentää usein se, että tutkija voi omista näkökohdistaan lähtien sulkea olennaisia tutkimuksia pois katsauksesta (Bettany-Saltikov 2012, 8). Opinnäytetyössä aineistonhauissa saadut tulokset olivat määrältään verraten vähäiset huolimatta suunnitelmallisesta ja perusteellisesta tiedonhausta käytettävissä olevissa kokotekstitietokannoissa. Työhön valittiin mukaan

kaikki löydettyt artikkelit, jotka täyttivät kriteerit ja vastasivat joltain osin tutkimustehtäviin. Tästä syystä työn luotettavuutta heikentää ennemminkin analyysissa käytetyn aineiston suppeus. Toisaalta tutkimusten määrä ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ta-soiseen työhön on kuitenkin riittävä.

Kangasniemi ym. (2013, 298) korostaa, että analysoitavat tutkimukset on liitettävä teo-reettiseen taustaan tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Tässä työssä keskeisten käsitteiden muodostama lähtökohta on koko prosessin ajan kulkenut osittain aineiston valinnan ja analyysin rinnalla. Aineistoa analysoitaessa ilmeni tarvetta suunnata tiedon-hakua uudelleen lisäaineiston löytämiseksi, koska löydetty aineisto painottui voimak-kaasti syöpäpotilaiden hoitotyöhön seksuaalisuuden näkökulmasta. Kangasniemen ym. (2013, 298) mukaan aineistoa tulee tarkastella monipuolisesti luotettavuuden paranta-miseksi. Aineistoa läpikäydessä olennaisena nousivatkin esiin potilaiden odotukset oh-jauksen sisällölle, joka lisättiin kolmanneksi tutkimustehtäväksi.

6.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tutkittuun tietoon perustuen gynekologisen potilaan tarpeita saamalleen ohjaukselle poliklinikalla. Työhön valittu aineisto oli pää-osin laadullista, mutta mukana oli myös määrällistä tutkimusta ja näiden yhdistelmää. Aineistossa käsiteltiin syöpäpotilaiden seksuaalisuuteen liittyviä, raskaudenkeskeytys-tai keskenmenopotilaiden, iäkkäiden potilaiden ja lapsettomuusklinikan potilaiden oh-jaustarpeita.

Moni valittu artikkeli sisälsi verrattain vähän tutkimustehtäviin vastaavaa tietoa, mutta niistä koottiin kaikki ilmaukset, jotka kuvasivat potilaiden odotuksia ja kokemuksia ohjauksesta tai vuorovaikutuksesta hoitajan kanssa. Ennakko-oletuksesta poikkeavasti aineisto käsitteli enimmäkseen potilaiden odotuksia ohjaukselle ja vuorovaikutukselle hoitajan kanssa eikä niinkään kokemuksia ohjauksesta. Odotukset ja kokemukset ovat kuitenkin kiinteästi yhteydessä toisiinsa, ja välillä niitä oli vaikea erottaa toisistaan ana-lyysia tehdessä. Selkeyden vuoksi aineistoa tarkasteltiin potilasryhmittäin, mutta poti-lasryhmien tarpeista löytyi myös yhteneviä piirteitä.

Syöpäpotilaisiin liittyvä aineisto käsitteli pelkästään seksuaalisuuteen liittyviä ohjaustarpeita. Tuloksista ilmenee, että gynekologisia syöpiä sairastavat odottivat hoitajalta tietoa seksuaalisuudesta iästä tai parisuhdetilanteesta riippumatta. (Rasmusson & Thomé 2008; Hautamäki-Lamminen ym. 2010; Cleary ym. 2013). Odotukset tiedon saannin ajankohdasta vaihtelevat hyvin yksilöllisesti. Osa toivoo keskustelua seksuaalisuudesta heti (Rasmusson & Thomé 2008; Wilmoth, Hatmaker-Flanigan, LaLoggia & Nixon 2011), kun taas toiset toivovat ohjausta vasta jälkitarkastusvaiheessa (Rasmusson & Thomé 2008; Hautamäki-Lamminen ym. 2010; Cleary ym. 2013). Aloitteentekijästä puolestaan oltiin melko yksimielisiä: useassa tutkimuksessa esiin tuli, että naiset toivoivat aloitetta keskusteluun seksuaalisuudesta hoitohenkilökunnalta (Rasmusson & Thomé 2008; Hautamäki-Lamminen ym. 2010 & 2011; Wilmoth ym. 2011). Vaihtelevat odotukset tiedon saannin ajankohdasta ja toisaalta odotukset hoitajan aloitteellisuudesta vaativatkin hoitajalta rohkeutta kysyä halukkuutta keskusteluun tai herkkyyttä havaita oikea hetki keskustelulle.

Ohjauksen sisällöltä odotettiin sekä konkreettisia ohjeita että tunteiden ja muuttuneen minäkuvan huomioimista. Tietoa haluttiin yhdyntöjen aloittamisesta leikkaushoidon jälkeen (Wilmoth ym. 2011) ja hoitojen haittavaikutuksista seksuaalisuuteen (Rasmusson & Thomé 2008; Hautamäki-Lamminen ym. 2010; Wilmoth ym. 2011; Cleary ym. 2013). Keskustelua potilaan henkilökohtaisesta tilanteesta ja sairauden vaikutuksesta läheisiin ihmissuhteisiin odotettiin nimenomaan hoitajalta (Hautamäki-Lamminen ym. 2010 ja 2011). Myös puolison huomioimista ja osallistumismahdollisuutta ohjaustilanteessa toivottiin. Riittävän ohjauksen koettiin vähentävän parisuhteelle sairaudesta aiheutuvia haittoja (Rasmusson & Thomé 2008; Hautamäki-Lamminen ym. 2010 & 2011).

Myös raskaudenkeskeytyksen tai keskenmenon läpikäyneet potilaat odottivat hoitajalta konkreettisen asiapainotteisen ohjauksen lisäksi tunteiden huomioimista (Hargie ym. 2009). Aineiston perusteella keskenmenon hoidossa olleet potilaat eivät kokeneet saaneensa riittävästi tukea tunteiden käsittelyyn (Séjourné, Callahan & Charbol 2010). Myös raskaudenkeskeytyspotilaiden todettiin kokevan erilaisia negatiivisia tunteita ennen keskeytystä riippumatta keskeytyksen syystä ja tarvitsevan emotionaalista tukea (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson 2014). Sisällöllisesti ohjaus koettiin pääosin riittävänä. Enemmän ja yksityiskohtaisempaa tietoa kaivattiin koko keskeytys-

prosessin kulusta. (Makenzius, Tydèn, Darj & Larsson 2012; Andersson ym. 2014.) Tiedonpuutteen koettiin aiheuttavan pelkoa ja tunteen kontrollin menetyksestä (Andersson ym. 2014).

Kaikkien potilasryhmien potilaat odottivat hoitajalta ammatillisuutta. Odotuksia hoitajaa kohtaan kuvailtiin helppona lähestyttävyytenä, asiantuntemuksena, hyvinä vuorovaikutustaitoina, kunnioittavana ja tasa-arvoisena kohteluna, empatian osoittamisena ja ystävällisyytenä. Potilaat odottivat hoitajalta tietoa, ymmärrystä tilanteestaan ja tukea tunteilleen. Tulosten perusteella potilaiden kokemukset hoitajan ohjauksesta saattavat olla jonkin verran ristiriitaisia potilaiden odotusten kanssa esimerkiksi tiedonsaantiin liittyen. Osittain potilaat eivät saaneet riittävästi tietoa (McCabe 2004; Makenzius 2012) tai lainkaan odottamaansa tietoa (Rasmusson & Thomé 2008; Wilmoth ym. 2011; Cleary ym. 2013).

Makkonen ym. (2010) toteavat, että potilaat odottavat henkilökohtaisen elämäntilanteen ja yksilöllisen tietopohjan huomioimista ohjauksessa, ja nämä odotukset esiintyvätkin myös opinnäytetyön tuloksissa. Lyhyenä yhteenvedona tuloksista voidaan todeta, että potilaat poliklinikalla odottavat hoitajalta riittävästi tietoa ja tukea tunteilleen sekä aloitteellisuutta ja herkkyyttä tunnistaa potilaan ohjaustarpeet.

6.3 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Poliklinikan toimintaympäristön vaikutusta ohjauskokemukseen ei suoranaisesti käsitelty kuin yhdessä tutkimuksessa. Ohjausaika koettiin liian lyhyeksi ja tila soveltumattomaksi (Isola ym. 2007). Voidaan kuitenkin olettaa, että toimintaympäristön ja -mallien vuorovaikutusta heikentävä vaikutus näkyy esimerkiksi kokemuksissa hoitajan kiireestä ja tehtäväkeskeisestä roolista, jotka esiintyivät useassa tutkimuksessa (Allan 2002; McCabe 2004; Hargie ym. 2009).

Laakkosen (2004, 120) väitöstutkimuksen perusteella hoitajat tiedostavat hyvän potilasohjauksen elementit, jotka tulosten perusteella esiintyvät myös potilaiden odotuksissa riittävästä tiedonsaannista ja emotionaalisesta tukemisesta. Epäsuorasti tulosten perusteella voidaan tulkita, että hoitajan roolin näkeminen tehtäväkeskeisenä (Allan 2002;

McCabe 2004; Hargie ym. 2009) mahdollisesti vähentää potilaiden odotuksia hoitajan kanssa käytävää vuorovaikutusta kohtaan. Hoitajan keskittyminen tehtäviinsä saattaa vaikuttaa heikentävästi myös kokemukseen hoidon yksilöllisyydestä (Suhonen ym. 2013), vaikka juuri yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys ovat merkittäviä tekijöitä ohjauksen laadun kannalta (Kääriäinen 2007, 134; Kaakinen 2013, 64).

Toisaalta Allanin (2002) tutkimustulokset viittaavat siihen, että poliklinikalla käyneet naiset odottivat hoitajalta enemmän käytännön asioihin keskittymistä kuin tunnekeskeistä lähestymistapaa. Heille riitti, että hoitaja on läsnä taustalla ja käytettävissä tarvittaessa. Tähän odotukseen sisältyi kuitenkin myös se, että hoitajan tulisi havaita milloin hänen tukeaan tarvitaan. Hargie ym. (2009) kuvaavat tutkimuksessaan syöpäpotilaiden ennakko-odotuksia – mikäli niitä oli – poliklinikan hoitajan roolista samankaltaisena: tehtäviin ja lääkärin avustamiseen keskittyvänä. Ohjauskeskustelun jälkeen potilaat kuitenkin laajensivat näkemystään ja kuvasivat keskustelun hoitajan kanssa olleen heille tärkeä tiedon ja tuen lähde.

Potilaiden realistinen tieto siitä, mitä hoitajan tapaamiselta voi odottaa, auttaisi heitä valmistautumaan tapaamiseen hoitajan kanssa. Tämä voisi rohkaista potilasta aktiivisempaan rooliin vuorovaikutustilanteessa, jolloin keskustelusta saatava hyöty olisi potilaalle mahdollisimman suuri. (Hargie ym. 2009.) Tätä ajatusta tukee myös Lipposen (2014, 64) väitöstutkimus, jossa todetaan, että potilaan valmistautuminen ohjaustilanteeseen sekä henkisesti että tarvittavin välinein on perusta hallinnan tunteen kokemukselle. Riittävän tiedon lisäksi myös luottamus hoitoon ja klinikan ilmapiiriin tuoma turvallisuuden tunne vahvistavat tätä kokemusta.

Monen potilaan hoitopolku alkaa poliklinikalta, ja siksi ei ole ohjauksen näkökulmasta välttämätöntäkään saada kaikkea valmiiksi yhdellä vastaanottokäynnillä. Toistuvilla poliklinikkakäynneillä potilaan ohjaus voisikin olla sillä tavoin suunnitelmallista, että myös potilas olisi tietoinen käyntien tavoitteesta. Tällöin hoitosuhde voisi kehittyä aidosti vuorovaikutteiseksi ja potilas saisi itseään kiinnostavaa tietoa. Ohjauksen kannalta haasteena ovat ne potilaat, jotka eivät tule uudelleen. Aineiston perusteella etenkin raskaudenkeskeytyspotilaat, jotka saattavat käydä vastaanotolla vain kerran, arvostavat klinikan helppoa saavutettavuutta puhelimella (Séjourné ym. 2010; Makenzius ym. 2012). Puhelinohjauksella onkin todettu päästävän yhtä hyviin tuloksiin kuin kasvok-

kain tapahtuvalla ohjauksella (Orava ym. 2012), ja potilaiden olevan vapautuneempia puhumaan mahdollisista ongelmistaan (Beaver ym. 2010).

Aineiston painottuminen syöpäpotilaiden seksuaalisuuteen liittyviin ohjaustarpeisiin paljastaa, että aihetta on viimeisten vuosien aikana tutkittu paljon. Tutkimusten tulokset tämän työn tulosten perusteella ovat melko yhteneviä: tietoa seksuaalisuudesta ei saa riittävästi eikä hoitaja tee aloitetta keskusteluun. Seksuaaliohjausta on viime vuosina kehitetty mm. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Nylund, Järvinen Susi & Vihtamäki 2008), ja seksuaaliohjauksen tilannetta on selvitetty Suomessa laajemminkin (Järvinen, Hautamäki-Lamminen & Kellokumpu-Lehtinen 2012). Järvisen ym. (2012) raportista selviää, että käytänteet eri sairaanhoitopiireissä ovat kirjavia ja osassa seksuaaliohjauksen saaminen on potilaan oman aktiivisuuden varassa. Työn tulosten perusteella keskustelua seksuaalisuudesta kaivataan, joten kehittämistyötä on varmasti tulevaisuudessakin hyvä jatkaa.

Vaikka muutkin naistentaudit kuin gynekologiset syövät vaikuttavat seksuaalisuuden kokemukseen, ei niistä tehtyä tutkimusta potilaiden näkökulmasta löytynyt. Esimerkiksi lantionpohjalihashasten toimintahäiriöistä johtuvien vaivojen, kuten inkontinenssin tai laskeumien, on todettu vaikuttavan seksuaalisuuteen ja potilaan elämänlaatuun heikentävästi. (Yount 2013). Aiheesta voisi tehdä jatkotutkimusta, sillä oletettavasti näilläkin potilailla on odotuksia saada omiin tarpeisiinsa vastaavaa ohjausta ja tukea.

Opinnäytetyöprosessi oli mielenkiintoinen ja antoisa. Alussa haasteita toi menetelmän soveltaminen ja aineiston löytäminen. Menetelmä sopi kuitenkin tähän työhön hyvin ja paljasti myös aiheesta tehdyn kotimaisen tutkimuksen vähäisen määrän. Opinnäytetyön tekeminen toi itselleni laajasti lisää tietoa naistentautien hoitotyöstä ja erilaisista näkökulmista ohjaukseen. Bowling ym. (2013) toteavat, että potilaille yleisesti tärkeää on tunteiden ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen, riittävä tiedon saanti sekä hyvät hoitotulokset. Tämän työn samansuuntaiset tulokset herättivätkin ajatuksen siitä, että potilaiden odotukset ohjauksesta poliklinikalla eivät varmasti juurikaan eroa vuodeosastolla hoidettavien potilaiden odotuksista. Toimintaympäristöt vain ovat erilaiset, mikä tulee ottaa huomioon ohjausta suunniteltaessa, jotta potilaiden yksilöllisiin tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan.

LÄHTEET

- Allan, H. 2002. Nursing the clinic, being there and hovering: ways of caring in a British fertility unit. *Journal of Advanced Nursing* 38(1), 86–93.
- Andersson, I. M., Christensson, K. & Gemzell-Danielsson, K. 2014. Experiences, Feelings and Thoughts of Women Undergoing Second Trimester Medical Termination of Pregnancy. *PloS one* 9(12), e115957.
- Andrist, L., Simmonds, K., Liebermann, E., & Healey, K. 2006. Women's experiences of medical abortion. *American Journal for Nurse Practitioners* 10(7/8), 59–65.
- Audette, C. & Waterman, J. 2010. The sexual health of women after gynecologic malignancy. *Journal of Midwifery & Women's Health* 55(4), 357–362.
- Beaver, K., Williamson, S. & Chalmers, K. 2010. Telephone follow-up after treatment for breast cancer: views and experiences of patients and specialist breast care nurses. *Journal of Clinical Nursing* 19(19/20), 2916–2924.
- Bettany-Saltikov, J. 2012. How to do a Systematic Literature Review in Nursing. A step by Step Guide. Berkshire: Open University Press.
- Bowling, A., Rowe, G. & McKee, M. 2013. Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *Journal of the Royal Society of Medicine* 106(4), 143–149.
- Caljouw, M. A. & Hogendorf-Burgers, M. E. 2010. GYNOTEL: telephone advice to gynaecological surgical patients after discharge. *Journal of clinical nursing* 19(23–24), 3301–06.
- Charlton, C., Dearing, K., Berry, J. & Johnson, M. 2008. Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: an integrated literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20(7), 382–388.
- Cleary, V., Hegarty, J. & McCarthy, G. 2013. How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice* 12(1), 32–37.
- Eloranta, S., Katajisto, J., Savunen, T. & Leino-Kilpi, H. 2009. Polikliinisen hoidon laatu kirurgisen potilaan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 4/2009, 12–19.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- Hargie, O., Brataas, H. & Thorsnes, S. 2009. Cancer patients' sense making of conversations with cancer nurses in outpatient clinics. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 26(3), 70–78.
- Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J., Aalto P. & Miettinen M. 2008. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. *Hoitotiede* 20(3), 151–165.

Hautamäki-Lamminen, K., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjauksesta? *Hoitotiede* 22(4), 282–290.

Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. L. 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet. *Tutkiva hoitotyö* 3, 14–20.

Hietanen, K., Pitkänen, M-R. & Vilmi, S. 1995. *Hoitotyö päivystyspoliklinikalla*. Helsinki: Kirjayhtymä.

Härkönen, E., Suominen T., Kankkunen, P., Renholm, M. & Kärkkäinen, O. 2007. Hoitajavastaanotot erikoissairaanhoidon polikliinisessä hoitotyössä – potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään. *Tutkiva hoitotyö* 5(1), 5–11.

Ihme, A. & Rainto, S. 2014. *Naisen terveys: seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö*. 2. painos. Helsinki:Edita.

Isola, A., Kääriäinen, M., Backman, K., Saarnio, R. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19(2), 51–62.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaus- tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin A., Stolt, M. & Ääri R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turun yliopisto.

Järvinen, S., Hautamäki-Lamminen, K. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2012. Seksuaaliterveyden edistäminen osana terveysneuvontaa. Pilottina syöpä ja seksuaalisuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 25/2012.

Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25(4), 291–301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus –käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17(5), 250–258.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 79(10), 6–9.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.

Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Linnajärvi, U. 2010. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. Väitöskirja.

Leino-kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E. & Larsson, M. 2012. Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 17(4), 260–269.

Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E. & Larsson, M. 2013. Autonomy and dependence—experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian journal of caring sciences* 27(3), 569–579.

Makkonen, A., Suhonen, R. & Hupli, M. 2010. Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. *Hoitotiede* 22(2), 129–140.

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista: potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

McCabe, C. 2004. Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of clinical nursing* 13(1), 41–49.

MOT. MOT Lääketiede 2.0. MOT sanakirjasto. Elektroninen sanakirja.
<https://mot.kielikone.fi/mot/tamk/netmot.exe?motportal=80>. Luettu 17.11.2014.

Nylund, A., Järvinen, S., Susi, J., & Vihtamäki, P. 2008. Seksuaalineuvonta gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessiin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2008.

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa 2, Proaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 24(3), 232–243.

Polit, D. & Beck, C. 2012. *Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Ninth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott, Williams & Wilkins.

Rasmusson, E-M. & Thomé, B. 2008. Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sexuality and Disability* 26(4), 207–218.

Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki:Edita.

Sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>. Luettu 1.12.2014.

Salin, S. 2009–2011. Kansallisesti yhtenäisten hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinnan tunnuslukujen määrittäminen ja saatavuus. Poliklinikkatoiminnan hoitohenkilöstön voimavaroja kuvaavien tunnuslukujen kehittäminen. Raportti R 2. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveyden huolto 2009–2011 –hanke.
http://www.vete.fi/Raportit/HH/Loppuraportit/HH_Raportti_R2.pdf

Séjourné, N., Callahan, S. & Chabrol, H. 2010. Support following miscarriage: what women want. Journal of reproductive and infant psychology 28(4), 403–411.

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus.

Suhonen, R., Österberg, K. & Välimäki, M. 2004. Polikliinisen hoidon laatu - potilaan näkökulma. Tutkiva Hoitotyö 2(3), 22–27.

Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2006. Patient Characteristics in Relation to Perceptions of How Individualized Care is delivered—Research into the Sensitivity of the Individualized Care Scale. Journal of Professional Nursing 22(4), 253–261.

Suhonen, R., Hupli, M., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. 2009. Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät – esimerkki hoitotieteen teorianmuodostuksesta empiirisen tutkimuksen avulla. Hoitotiede 21(2), 143–156.

Suhonen R., Gustafsson M.-L., Katajisto J., Välimäki M. & Leino-Kilpi H. 2010. Nurses' perceptions of individualized care. Journal of Advanced Nursing 66(5), 1035–46.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M. L., Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2013. Yksilöllinen hoito–potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. Hoitotiede 25(2), 80–91.

Säilä, T. 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit – tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu – tutkielma.

Säilä, T., Mattila, E., Kaunonen, M. & Aalto, P. 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2006.

THL. 2015. Yhä harvempi erikoissairaanhoidon potilas hoidetaan vuodeosastolla. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. <https://www.thl.fi/fi/-/yha-harvempi-potilas-hoidetaan-erikoissairaanhoidossa-vuodeosastolla> Luettu 24.4.2015.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki:Tammi.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki:Edita.

WHO. 2006. Seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyviä määritelmiä. http://who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/. Luettu 10.12.2014.

WHO. 2009. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. World Health Organization. http://www.who.int/gender/women_health_report/full_report_20091104_en.pdf. Luettu 18.2.2015

Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V. & Nixon, T. 2011. Ovarian cancer survivors: qualitative analysis of the symptom of sexuality. *Oncology nursing forum* 38(6), 699–708.

Yount, S. M. 2013. The Impact of Pelvic Floor Disorders and Pelvic Surgery on Women's Sexual Satisfaction and Function. *Journal of Midwifery & Women's Health* 58(5), 538-545.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja aineiston keruu	Keskeiset tulokset
1	Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences	McCabe, C. Irlanti, 2004.	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia vuorovaikutuksesta hoitajien kanssa.	Laadullinen. Potilaiden strukturoidun haastattelu (n=8).	Analyysin perusteella aineistosta nousi esiin neljä pääteemaa potilaiden näkemyksistä. Nämä olivat: kommunikoinnin puute, osallistuminen, empatia ja ystävälliset hoitajat
2	Nursing the clinic, being there and hovering: ways of caring in a British fertility unit	Allan, H. Iso-Britannia. 2002.	Tutkimuksen tarkoitus on selvittää hoitamisen merkitystä lapsettomuusyksikössä.	Laadullinen. Havainnointi, syvähaastattelut potilaiden ja henkilökunnan kanssa, tutkimuspäiväkirja.	Potilaat odottavat hoitajalta enemmän käytännön asioiden hoitamista kuin emotionaalista lähestymistapaa hoitoon.
3	How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality	Cleary, V., Hegarty, J. & McCarthy, G. Irlanti, 2013.	Tarkoituksena tutkia gynekologisen syövän vaikutusta seksuaalisuuteen potilaan näkökulmasta	Laadullinen. Haastattelu (n=8).	Osallistujat kuvasivat muutoksia kaikilla seksuaalisuuden osa-alueilla diagnoosin ja hoidon jälkeen. He korostivat tarvetta saada suullista ja kirjallista tietoa seksuaalisuudesta hoitohenkilökunnalta. He halusivat tietoa hoitojen aikana, ei heti diagnoosihetkellä.

4	lääkkäiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta erikoissairanhoidossa	Isola, A., Kääriäinen, M., Backman, K., Saarnio, R. & Kyngäs, H. Suomi, 2007.	Tarkoituksena kuvata iäkkäiden potilaiden kokemuksia erikoissairanhoidossa osastoilla ja poliklinikoilla saamansa ohjauksen edellytyksistä, toiminnasta ja hyödyistä	Määrällinen/laadullinen. Kyselylomake (n=203) 65 vuotta täyttäneille potilaille strukturoiduilla ja avoimilla kysymyksillä.	Potilaat olivat tyytyväisiä saamansa ohjauksen laatuun, mutta laadullisen aineiston tuloksissa ilmeni epäkohtia. Toivottiin parempaa ohjaustilaa. Henkilökohtainen ohjaus korostui. Toivottiin omaisten osallistumista ohjaustilanteeseen, yksilöllisyyttä ja monipuolisia ohjausmenetelmiä.
5	Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality	Wilmoth, M.C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V. & Nixon, T. Yhdysvallat, 2011.	Tarkoituksena ymmärtää paremmin syöpähoitojen vaikutuksia seksuaalisuuteen potilaan näkökulmasta, oppia miten naiset käsittelevät muutoksia seksuaalisuudessaan ja tunnistaa millaista tietoa he tarvitsevat hoitajalta näihin muutoksiin liittyen.	Laadullinen. Naistentautien poliklinikan munasarjasyöpää sairastaville potilaille yksilöhaastattelut (n=8) ja ryhmähaastattelu (n=5).	läästä riippumatta potilaat kertoivat, että hoidolla oli perustavanlaatuisen vaikutus heidän seksuaalisuuteensa.
6	Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet	Hautamäki-Lamminen K., Lipiäinen L., Åstedt-Kurki P., Lehto J., Kellokumpu-Lehtinen P.-L. Suomi, 2011.	Tarkoituksena on kuvata syöpäpotilaiden seksuaalisuuteen liittyvää tiedontarvetta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.	Määrällinen. Kyselylomake (n=505).	Seksuaalisuuteen liittyvää tiedonsaantia sairaalassa pidettiin tarpeellisena. Syövän aiheuttamat haitat lisäsivät seksuaalisuuteen liittyvää tiedontarvetta. Kokemuksilla parisuhteen muuttamisesta ei ollut yhteyttä tiedontarpeisiin.
7	Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjauksesta?	Hautamäki-Lamminen K., Åstedt-Kurki P., Lehto J., Kellokumpu-Lehtinen P.-L. Suomi, 2010.	Tarkoituksena tuottaa tietoa syöpäpotilaan odotuksista sairastumisen jälkeiselle seksuaaliohjaukselle.	Laadullinen. Ryhmähaastattelu (n=10).	Odotukset kohdistuivat ohjauksen potilaslähtöisyyteen, suunnitelmallisuuteen ja ammatillisuuteen. Sisältöodotuksia olivat: surutyön salminen, myönteisen minäkuvan vahvistaminen, puolison ohjaus ja vertaistuen piiriin ohjaus.

8	Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease	Rasmusson, E-M. & Thomé, B. Ruotsi, 2008.	Tarkoituksena tutkia naisten toiveita ja tarpeita seksuaalisuutta ja parisuhdetta koskevaan tietoon gynekologisen syövän yhteydessä.	Laadullinen. Haastattelut tehtiin 35–70 -vuotiaille naisille, joita on hoidettu kohdunkaulan, kohdunrungon tai munasarjasyövän vuoksi (n=11).	Naiset toivoivat puolisoiden läsnäoloa ohjauksessa sekä enemmän ja syvällisempää tietoa osaavalta henkilöltä, joka ymmärtää millaista tietoa tarvitaan.
9	Cancer patients' sensemaking of conversations with cancer nurses in outpatient clinics	Hargie, O., Brataas, H. & Thorsnes, S. Norja, 2009.	Tarkoituksena tutkia miten ja millä tavoin potilaat tulkitsevat ensimmäisiä ohjauskeskusteluja hoitajien kanssa ja miten he käsittävät hoitajan roolin.	Laadullinen. Haastattelut ensimmäisen hoitajan kanssa käydyn ohjauskeskustelun jälkeen (n=9=).	Hoitajan roolista ennako-odotus oli rajoittunut tehtäväkeskeiseen hoitajuuteen. Todellinen kokemus laajensi potilaiden näkemystä hoitajasta myös tuen antajana.
10	Support following miscarriage: what women want	Séjourné, N., Callahan, S. & Chabrol, H. Ranska, 2010.	Tarkoituksena selvittää millaista tukea naiset kaipaavat keskenmenon jälkeen.	Määrällinen. Kyselylomake internetfoorumilla (n=305).	Naiset kaipasivat enemmän tukea keskenmenon jälkeen. Naiset kokivat, etteivät saaneet riittävästi tietoa keskenmenon jälkeen ja heillä oli vaikeuksia käsitellä tunteitaan keskenmenoon liittyen.
11	Experiences, feelings and Thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy	Andersson I-M., Christensson, K. & Gemzell-Danielsson, K. Ruotsi, 2014.	Tutkia naisten odotuksia ja kokemuksia raskauden toisella kolmanneksella tehtävästä raskaudenkeskeytyksestä.	Määrällinen/laadullinen. Kyselylomake (n=30) ja puolistrukturoidut haastattelut (n=22).	Naisten tuntemukset raskaudenkeskeytykseen liittyen olivat samankaltaisia riippumatta keskeytyksen syystä. Hoitohenkilökunnan ja joltain läheiseltä saatu tuki auttoi selviytymisessä.

12	Women and men's satisfaction with care related induced abortion	Makenzius, M., Tyden, T., Darj, E. & Larsson, M. Ruotsi, 2012.	Tarkoituksena tutkia naisten ja heidän puolisoitensa tyytyväisyyttä raskaudenkeskeytyksen hoitoon ja tunnistaa tekijät, jotka ovat yhteydessä korkeaan tyytyväisyyteen saadusta hoidosta.	Määrällinen. Kyselylomake naisille (n=798) ja puolisoille (n=590).	Kokonaisuudessaan tyytyväisiä oli 75 % naisista ja puolet miehistä. Tyytyväisyyteen yhteydessä olevia tekijöitä oli hyvä kohtelu hoitohenkilökunnalta, riittävä tiedonsaanti gynekologisesta tutkimuksesta ja keskeytysprosessista, ehkäisyneuvonta, klinikan saavutettavuus puhelimella.
13	Autonomy and dependence - experiences of home abortion, contraception and prevention.	Makenzius, M., Tyden, T. Darj, E. & Larsson, M. Ruotsi, 2013	Tarkoituksena tutkia naisten ja miesten kokemuksia ja tarpeita kotona suoritettavan lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen hoitoon liittyen ja heidän näkemyksiään ehkäisystä.	Laadullinen. Haastattelut naisille (n=24) ja miehille (n=13).	Kotiympäristö lisäsi yksityisyyden ja hallinnan tunnetta, mikä auttoi tunteiden ilmaisemisessa. Hoitohenkilökunnalta toivottiin empaattista ja kunnioittavaa kohtelua ja riittävää tietoa prosessista. Ehkäisystä toivottiin parempaa informaatiota ja taloudellisten seikkojen huomiointia.
14	Women's experiences of medical abortion	Andrist, L., Simmonds, K., Lieberman, E. & Healey, K. Yhdysvallat, 2006.	Tarkoituksena tutkia naisten kokemuksia lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä.	Laadullinen. Haastattelut (n=33).	Lääkkeellinen keskeytys lisää omaa kontrollia. Suurimpia huolia on mitä odottaa ja milloin odottaa. 2/3 osallistujista sanoi, että kokemus oli odotetun kaltainen.